

※太線  の中だけご記入ください。

(様式 26 号)

支給決定命令						債主	記号番号	職	資格	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
理事長	専務理事	事務長	係長	主任	担当者		組合員名		保険料	前月分迄 収納済 <input type="checkbox"/>
						支給金額		給付記録		
								円		

## インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者名	生年月日	年齢	接種日	窓口負担金額 (円)	助成金額 (円) (組合記入欄)
S R H	年 月 日		R 年 月 日	円	円
S R H	年 月 日		R 年 月 日	円	円
S R H	年 月 日		R 年 月 日	円	円
S R H	年 月 日		R 年 月 日	円	円
S R H	年 月 日		R 年 月 日	円	円

※領収書（インフルエンザ予防接種と分かるもので、接種者氏名が記載されたもの）を添付してください。  
 ※年齢は、接種日時点をご記入ください。

所属支部長 の副申	上記の申請を適正と認めます。 令和 年 月 日 支部長 <span style="float: right;">印</span>
--------------	--

上記のとおり別紙証拠書類を添えて支給方を申請します。	
令和 年 月 日	組合員住所 _____
	氏名 _____ <span style="float: right;">印</span>
京都府建設業職別連合国民健康保険組合 理事長 様	

振込希望銀行名	銀行 信用金庫	普通 店 当 座
フリガナ	※出来るだけ京都銀行でお願いします	
預金口座名義	口座番号	

同意書	上記口座への振込みについて、私は組合員として同意いたします。 組合員氏名 <span style="float: right;">印</span> ※振込み先が組合員名義の場合、署名・捺印は不要です。
-----	--