

インフルエンザ予防接種費用補助のご案内

令和6年度のインフルエンザ予防接種費用の補助申請を受け付けます。
下記事項に留意し申請してください。

1. 対象者 建設国保の被保険者
2. 補助額 一人につき2,500円を限度に実費を補助（年度内一回）
※12歳以下の方が2回接種した場合は5,000円が限度
3. 申請期限 令和7年1月20日（月）
4. 申請方法 「インフルエンザ予防接種費用補助申請書」に必要事項を記入の上、領収証のコピーを添付し支部へ郵送してください。

経鼻インフルエンザワクチンは対象外です

〈申請・お問い合わせ先〉

建設国保 石川県支部

〒920-0041 金沢市長田本町ホ8 TEL: 076-233-1021

※申請いただいてから振込みまで2か月程度かかります。

〈注意点〉

- ・振込み先は組合員本人の口座でお願いします。
- ・添付する領収証のコピーは必ず『インフルエンザ予防接種代』の記載があることと、接種者の内訳（接種者氏名とそれぞれの金額）が確認できること

『インフルエンザ』の記載がない場合は付記してもらってください

領収証

※領収印無きものは無効です
※記載欄除明細表となります
再発行はしませんので大切に保管して下さい

患者番号 氏名 性別

入・外 発行日 保険者番号 負担割合 本・家

外来 令和5年10月5日 133298 本・家

初・再診科	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
病理診断						

文書科 容器代 予防接種 予約検診 保険外 保険外6 保険外7

保険外負担 保険外8 保険外9 保険外10 保険外11 保険外12 (内税)

合計 3,000

負担額 3,000

前未収金 (借付・借金) 請求金額 3,000 今回来収金 領収金額 3,000

領収印

インフルエンザ

予防接種

診療明細がある場合は
コピーを添付してください

診療明細書

外来

診療明細書

診療科目 内科

診療日 令和5年10月5日

診療時間 午後

診療内容

※【予防接種】インフルエンザ大人(皮下注)

以下、余白

診療料 3000

※ 予防接種接種済証では申請できません。

※ 申請は世帯単位でお願いします。

令和6年度インフルエンザ予防接種費用補助申請書

全国建設工事業国民健康保険組合

理事長 殿

令和 年 月 日

組合員 住 所

氏 名

連絡先電話番号

※日中連絡がとれる番号をご記入ください。

インフルエンザ予防接種費用の補助金を申請します。

12歳以下の方で2回接種
した場合はそれぞれ記入し
てください

保険証記号番号		93-				
	接種者氏名	生年月日	医療機関名	接種年月日	支払った金額	
1		S H R 年 月 日		R 年 月 日	円	
				R 年 月 日	円	
2		S H R 年 月 日		R 年 月 日	円	
				R 年 月 日	円	
3		S H R 年 月 日		R 年 月 日	円	
				R 年 月 日	円	
4		S H R 年 月 日		R 年 月 日	円	
				R 年 月 日	円	
5		S H R 年 月 日		R 年 月 日	円	
				R 年 月 日	円	

振込先金融機関を記入してください。

		銀行 信用金庫 労働金庫	農協 信用組合	本店 支店 出張所			
金融機関コード				支店コード			
1.普通	2.当座	口座番号					
口座名義人		(フリガナ)					

※ 振込先は必ず組合員名義のものを記入してください。

※ 振込先は正確に記入してください。間違いがある場合、振込できませんのでご注意ください。