

どけん共済会

支部受付	月	年	日	印	發送	月	年	日	印	本部 審査	決定	支給	不支給
		金額											

インフルエンザ予防接種補助申請書

【受給資格＝75歳以上の組合員】

申請年月日	年	月	日	組合加入	支部	分会	群	組合員番号		
支部名				年	月					
フリガナ				生年月日			大正・昭和・西暦			
組合員氏名							年	月	日	
郵便番号	住所	都			電話番号			年齢		
		県						歳		

※太枠の箇所はすべてご記入ください。

医療機関名	接種日	年	月	日
-------	-----	---	---	---

添付書類(領収書・接種済証明書) ※いずれかに○をしてください。

補助金振込先(金融機関口座・国保口座・支部送金) ※いずれかに○をして振込先をご記入ください。

【補助金振込先】 ※振込先は、本人口座で下記の太枠の箇所すべてをご記入ください。
(個別に事情がある場合は、支部口座をご記入ください。)

金融機関名	銀行・信用金庫	金融機関コード			預金 種目	1.普通	2.当座
	信用組合・農協						
フリガナ	支店	支店コード					
	出張所						
口座名義人	口座 番号						

◇振込先が郵便局口座指定の場合は、金融機関名をゆうちょと記入し支店名が不明の場合は、支店コード欄に通帳記号5桁と口座番号欄に通帳番号8桁を記入してください。

※注意事項※

- ①毎月24日までにどけん共済会に到着した申請を翌月の5日に振込みます。
申請書は所属の群・分会または支部へ提出してください。
- ②インフルエンザ予防接種補助は75歳以上の組合員に、2,000円を補助します。
毎年度内(4/1～3/31)につき1回補助します。
- ③予防接種日から1年以内に申請書を提出してください。1年を経過すると請求権を失います。
- ④上記太枠内を記入のうえ、イ)かロ)を添付して下さい。
イ)接種したことのわかる『領収書』
(申請者氏名・接種日・医療機関名・但書き等の記載があるもの)
ロ)接種したことのわかる書類『接種済証明書』
(申請者氏名・接種日・医療機関名の記載があるもの)

どけん共済会使用欄

不支給 理由	

常務理事	会計担当	担当書記	担当者