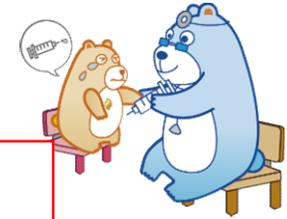




令和6年度 健康診査補助金交付申請書

(肺炎球菌感染症予防接種)



① 記号番号: 93-4150-

123001

・保険証の番号(6桁)を入力
・枝番は不要

| 接種者氏名 | 続柄 | 生年月日 | 実施日 | 支払った金額 | |
|--------------|--|--|--|--|----------------|
| 建設 太郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 2年 10月 20日 | R6/10/4 | 3.000 円 |
| 建設 花子 | <input type="checkbox"/> 組合員 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 10年 3月 6日 | R7/1/6 | 3.000 円 |
| | <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 日付は 西暦/月/日 で入力 例)1990年10月20日 『1990/10/20』と入力 | 予防接種の代金を入力 ※数字のみ入力ください 例)『3000』と入力 | |
| | <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | |

・建設国保加入者に限る

・該当の をクリックしてください
※ を消去したい場合、
もう一度クリックしてください。

へ
こ
こ
か
ら

※支部記入欄

| 組合員資格 | 補助金額 |
|-------|------|
| 有・無 | 円 |

③ 給付金の受取りについて希望するものにチェックしてください。(※後日、ご連絡させていただく場合がございます)

保険料振替口座 その他口座 現金

・希望受取方法に を
クリックしてください

※ を消去したい場合、
もう一度クリックして
ください。

④ 令和 **7** 年 **1** 月 **10** 日 上記の通り申請致します。

組合員氏名: **建設 太郎**

・申請日と組合員名を
入力ください