

承認 決議 欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	課長	係長	担当

インフルエンザワクチン接種補助申請書

区分	接種を受けた者の氏名	被保険者証 記号・番号	第1回 接種日	第2回 接種日	
1		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
2		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
3		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
4		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
5		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
6		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
7		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
8		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
9		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
10		— —	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
補助申請金額 (1人につき限度額2,500円)		円	※支給決定金額 円		
振込希望銀行	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店	口座番号	普通・当座
(フリガナ) 口座名義					

接種料金の領収書(写)または、ワクチン購入代金の記載がある納品書(写)または、領収書(写)を添付の上、申請いたします。

平成 年 月 日

(〒 —)

住 所

第1種組合員 連絡先 氏名

氏 名

印

岩手県医師国民健康保険組合 理事長 様