

承認 決議 欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	課長	主任	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		— —	令和 年 月 日	令和 年 月 日
2		— —	令和 年 月 日	令和 年 月 日
3		— —	令和 年 月 日	令和 年 月 日
4		— —	令和 年 月 日	令和 年 月 日
5		— —	令和 年 月 日	令和 年 月 日
6		— —	令和 年 月 日	令和 年 月 日
7		— —	令和 年 月 日	令和 年 月 日
8		— —	令和 年 月 日	令和 年 月 日
9		— —	令和 年 月 日	令和 年 月 日
10		— —	令和 年 月 日	令和 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		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。

令和 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