

理事長	副理事長	常務理事	事務長	課長	係

インフルエンザ予防接種助成費支給申請書

被保険者証 記号番号	被接種者氏名	接種年月日		接種費用
		2回補助の対象は接種時に13歳未満の方です 対象の場合に限り2回目の日付を記入してください		
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円
		【1回目】	令和 年 月 日	円
		【2回目】	13歳未満に限る 令和 年 月 日	円

上記のとおり助成費を申請します。

令和 年 月 日

第1種組合員住所

氏名

印

三重県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

助成費送金先口座 □にレを入れてください	<input type="checkbox"/> 保険料引落口座	<input type="checkbox"/> 下記送金先口座
	送金先	銀行
	金融機関名	金庫・農協 _____ 支店
	預金種類	普通・当座
	口座番号	_____
	フリガナ	_____
	口座名義	_____

注意事項	<p>* 歯科医院で取りまとめのうえ、申請をお願いいたします。</p> <p>* 領収書の写しを添えてご提出をお願いいたします。</p> <p>領収書に必要な記載事項(記載がない場合は医療機関に記入をお願いしていただくか、下記が記載された明細書も併せて添付) 【被接種者の氏名・接種年月日・接種費用・医療機関名・医療機関印(領収印)・予防接種の種類:インフルエンザ予防接種代(予防接種代、ワクチン代では不可)】</p> <p>* 助成費送金先口座にチェックがない場合は、保険料引落口座に送金いたします。</p>
------	--

支給決定金額

※国保組合記入欄

円