

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】 <u>13歳未満に限る</u> 令和 年 月 日	円	
		【1回目】 令和 年 月 日	円	
		【2回目】 <u>13歳未満に限る</u> 令和 年 月 日	円	
		【1回目】 令和 年 月 日	円	
		【2回目】 <u>13歳未満に限る</u> 令和 年 月 日	円	
		【1回目】 令和 年 月 日	円	
		【2回目】 <u>13歳未満に限る</u> 令和 年 月 日	円	
		【1回目】 令和 年 月 日	円	
		【2回目】 <u>13歳未満に限る</u> 令和 年 月 日	円	
		【1回目】 令和 年 月 日	円	
		【2回目】 <u>13歳未満に限る</u> 令和 年 月 日	円	
		【1回目】 令和 年 月 日	円	
		【2回目】 <u>13歳未満に限る</u> 令和 年 月 日	円	
		【1回目】 令和 年 月 日	円	
		【2回目】 <u>13歳未満に限る</u> 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 _____ 支店
	金融機関名 _____ 金庫・農協 _____
	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>* <u>領収書の写し</u>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・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