インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

※ 太枠内を記入してください。

被保険者等 記号	
4444	任意継続被保険者

被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	舲	接種日	医療機関名	接種料金
ш 5		本人 • 家族	総和 平成 令和		才	令和 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		円
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	舻	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 ・ 平成 ・ 令和		才	令和 • •		巴
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	舲	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 平成 令和	:	才	令和 • •		円
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	輸	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 平成 令和	:	才	令 和		田
被保険者等番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年 善	舲	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 平成 ・ 令和	:	才	令和 • •		円
被保険者等 番 号	受診者氏名	続柄	生年月日	年	舲	接種日	医療機関名	接種料金
		本人 • 家族	昭和 ・ 平成 ・ 令和		才	令和 • •		円

	フリカ゛ナ						
申請者記	銀行名	銀行•信金	本店・支店	口座区分	普通•当座		
		農協	出張所				
	フリガナ						
入欄兼振込依頼書	□座名義		口座番号				
	本請求にかかわるインフルエンザ予防接種補助金は上記に振込されるよう依頼します。						
依	令和	年 月 日					
頼書	氏名						

【健保受付欄】

※ 印鑑は不要です。

玩具人形健康保険組合(R7.4)

- ※1 申請者の氏名は被保険者名を記入してください。
- ※2 請求期限は当該年度中に実施した分の請求は当該翌年度の4月30日までとします。なお、期限を過ぎた場合は支給できませんのでご注意ください。
- ※3 申請の際、領収書原本を添付してください。
- ※4 領収書の返却を希望される場合「領収書返却願い」に領収書を貼付してください。
- ※5 各年度の期間は4月1日から翌年3月31日までです。