肺炎球菌ワクチン接種補助金支給申請書

1. 下記にご記入・ご捺印の上、医師国保組合までご提出ください。
   (接種済証明欄に証明を受けることが出来なかった場合は、領収書(原本)の添付でも可。)
2. 世帯分をまとめて申請してください。
3. 用紙が不足する場合は、コピーしてご利用ください。

被保険者証番号	被接種者氏名	接種時年齢	接種済証明欄		
			接種年月日	接種機関住所・接種機関名	ロット番号 (シール添付可)
		歳	令和　年 月　日	〒 ㊞	
		歳	令和　年 月　日	〒 ㊞	
		歳	令和　年 月　日	〒 ㊞	
		歳	令和　年 月　日	〒 ㊞	
		歳	令和　年 月　日	〒 ㊞	

上記のとおり、申請します。

令和　　年　　月　　日

〒

組合員　住　所

電　話

氏　名

宮崎県医師国民健康保険組合理事長　殿

振込先			口座名義	
	銀行			(フリガナ)
	本店　・　支店			
	種　別	普通　・　当座		
	口座番号			

組合処理欄	名×　5,000　円　＝　円	令和　年　月　日支払済