

インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書

1. 下記にご記入の上、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、領収証(原本)の添付でも可。)
2. 世帯分をまとめて記載してください。
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	〒 Ⓜ	
		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	銀行		口 座 名 義	(フリガナ)
	本店 ・ 支店			
	種 別	普通 ・ 当座		
	口座番号			

組合処理欄	名 × 円 =	円 令和 年 月 日支払済
-------	------------------	---------------