

インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書

- 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、領収証の添付でも可。)
- 世帯分をまとめて記載してください。
- 用紙が不足する場合は、コピーしてご利用ください。

記号 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	〒 ⑩	
		歳	令和 年 月 日	〒 ⑩	
		歳	令和 年 月 日	〒 ⑩	
		歳	令和 年 月 日	〒 ⑩	
		歳	令和 年 月 日	〒 ⑩	
		歳	令和 年 月 日	〒 ⑩	
		歳	令和 年 月 日	〒 ⑩	

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
-------	-----------	-------------