

決 裁	理事長	副理事長	常務理事	理事	理事	理事	理事

事務長	主査	係

※ 伺 い	支給決定額 ¥
-------------	----------------

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

平成 年 月 日

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

申 請 者	組合員氏名	㊟		
	自宅住所	〒		
	被保険者証	記号	番号	
	勤務先店舗名			
	勤務先電話番号	()		
振 込 先	銀行・信用金庫		店	
	口座番号	普通・当座・貯蓄	NO.	
	フリカナ 名義	-----		

予 防 接 種 を 受 け た 者	氏名	続柄	本人・家族	年齢	歳
1	医療機関名				
	予防接種に要した費用額	円	※補助額(組合記入欄)	円	
	氏名	続柄	本人・家族	年齢	歳
2	医療機関名				
	予防接種に要した費用額	円	※補助額(組合記入欄)	円	
	氏名	続柄	本人・家族	年齢	歳
3	医療機関名				
	予防接種に要した費用額	円	※補助額(組合記入欄)	円	
	氏名	続柄	本人・家族	年齢	歳
予防接種に要した費用類の合計		円	※補助額合計(組合記入欄)	円	

- この申請書に添付するもの
 - ・予防接種を受けたことが証明できる医療機関の領収書(個人ごと)
- 振込先金融機関名・口座番号・名義等は、記入の際お間違えのないようにお願いします。