

自家接種は補助の対象外です

支給決定額

円

常務理事	事務長	課長	係員	照 合			
				第 1 種組合員	人	家族	人
				第 2 種組合員	人		人

インフルエンザ予防接種補助申請書

	被保険者				接種を受けた方の氏名	接種日 (月/日)	接種料金	組合使用欄			
	記号		番号	枝番							
1	5					/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		
2						/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		
3						/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		
4						/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		
5						/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		
6						/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		
7						/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		
8						/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		
9						/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		
10						/	円	1 回目	<input type="checkbox"/>		

振込先	銀行名		口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号								
	支店名		フリガナ										
			名義人										

補助金の受領に関する委任欄 ※上記振込先が申請組合員の口座ではない場合にご記入ください。(原則、申請組合員の口座をご指定ください。)	この申請に係る補助金の受領を上記口座名義人に委任します。 申請組合員 ⑩
---	---

上記のとおり、領収書を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請組合員	住所	TEL — —	
	氏名		

広島県医師国民健康保険組合 殿

- 【注意事項】 1. 領収書は、接種者のお名前およびインフルエンザ予防接種代であることが明記されたもので、原本（コピー不可）を添付してください。
2. できるだけ所属する医療機関毎にまとめて申請してください。
3. この申請書でまとめて申請できるのは、被保険者記号（最初の5桁）が同じ方です。