

支給金額 円

決定伺	理事長	常務理事	事務局長	係
-----	-----	------	------	---

インフルエンザ予防接種補助申請書

下記のとおり申請します。

平成 29 年 12 月 28 日

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

(申請者)
事業所住所 岡山県岡山市北区下石井1丁目1番3号
事業所名 中四国薬剤師国民健康保険組合
電話番号 086-231-1738
氏名 国保 太郎



補助申請額	4 人	4,000 円
-------	-----	---------

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

(右詰めで記入)

国民 銀行 信用金庫 農協 駅前 店 支店 出張所	預金種目	1. 普通	口座番号	9 9 9 9 9 9 9
		2. 当座	フリガナ	コクホ タロウ
			名義人	国保 太郎 国保 印

※振込口座はお間違えのないよう楷書で記入してください。

予防接種を受けた被保険者	被保険者証番号	氏名	接種日	予防接種費用
1	9-0001-000	国保 太郎	平成 29 年 11 月 25 日	3,000 円
2	9-0001-000	国保 一郎	平成 29 年 11 月 25 日	6,000 円
3	9-0001-002	薬師 花子	平成 29 年 12 月 11 日	3,000 円
4	9-0001-003	中四 桃子	平成 29 年 11 月 16 日	3,000 円
5			平成 年 月 日	円
6			平成 年 月 日	円
7			平成 年 月 日	円
8			平成 年 月 日	円
予防接種費用合計				15,000 円

(注意事項)

- 申請には「領収書原本(氏名、且付、医療機関名、但し書き、金額が明記されたもの)」を添付してください。(レシート不可)
- 補助額は、被保険者1人につき1,000円、ただし1,000円未満で接種した場合は補助の対象外とします。
- インフルエンザ予防接種補助は被保険者1人につき「10月1日～1月31日まで」の期間内1回のみとします。
- 補助金の振り込みは申請書にご記入いただいた口座に振り込みをいたします。振り込みの完了をもって通知と替えさせていただきますのでご了承ください。
- 記入欄が足りない場合は別途、「インフルエンザ予防接種補助申請書の続き用紙」を添付して下さい。
- 提出は 本部事務局 へお願いいたします。