

令和4年度インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書

注)太枠の中に漏れなく記入し、所定の書類を添付しご提出ください。

三岐薬剤師国民健康保険組合理事長 様			申請日: 年 月 日			
事業主	被保険者証番号 :		氏名 :			
事業所名						
*補助金の振込先について						
銀行			本・支店			
フリガナ						
口座名義						
普通 ・ 当座		口座番号				
*領収書の返却について						
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※希望するに <input checked="" type="checkbox"/> した場合は返信用封筒を同封下さい。						
*補助金の一括振込について、ここに申請する被保険者全ての同意を得ています。						
証明として右に事業主の署名・捺印をお願いします。 ⑩						
予防接種を受けた被保険者	1	氏名			被保険者証番号	
		続柄	本人 ・ 家族		接種回数	回
		予防接種費用額	円		※補助額(組合記入欄)	
	2	氏名			被保険者証番号	
		続柄	本人 ・ 家族		接種回数	回
		予防接種費用額	円		※補助額(組合記入欄)	
	3	氏名			被保険者証番号	
		続柄	本人 ・ 家族		接種回数	回
		予防接種費用額	円		※補助額(組合記入欄)	
	4	氏名			被保険者証番号	
		続柄	本人 ・ 家族		接種回数	回
		予防接種費用額	円		※補助額(組合記入欄)	
	5	氏名			被保険者証番号	
		続柄	本人 ・ 家族		接種回数	回
		予防接種費用額	円		※補助額(組合記入欄)	
	6	氏名			被保険者証番号	
		続柄	本人 ・ 家族		接種回数	回
		予防接種費用額	円		※補助額(組合記入欄)	

- 1.この申請書は事業所単位で申請してください。(6名以上の場合は複数枚申請用紙をご利用ください。)
- 2.個人単位での申請については別途様式にて申請ください。(事務局まで問い合わせください。)
- 3.受診者全員の領収書(接種日、氏名、医療機関名、但し書き記載)の原本を添付ください。

(事務処理欄)

支給決定額

理事長	常務理事	事務長	会 計	係	入 力