

専務理事	事務長		係

ヒブ(Hib)ワクチン接種補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

接種を受けた者	記号・番号				—				
	氏名								

医療機関証明欄	接種費用	円							
	(内訳)								
	予防接種を受けた日					接種費用			
	1回目	年	月	日					円
	2回目	年	月	日					円
	3回目	年	月	日					円
4回目	年	月	日					円	
上記のとおり接種したことを証明します。									
年 月 日									
所在地									
医療機関 (印)									
名称									

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 千

事務所所在地

事務所名

申請人 (組合員) 電話番号

組合員氏名 (印)

振込先金融機関名		支店名	店
口座番号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】	フリガナ
	当座		
	貯蓄		名義人

【ご注意】

・接種を受けられる際は、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受け、接種を受けた日のわかる領収書(原本)を添付してください。

【医療機関へお願い】

日頃より、当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。

当組合では、保健事業の一環としてヒブ(Hib)ワクチン接種を受けた被保険者に対し、接種費用に応じその一部を補助しております。

つきましては、お手数ですが太枠の中に接種費用及び接種日をご記入の上、証明くださいますようお願いいたします。