

支給決定額	拾万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係長	係

子宮頸がん予防接種補助金交付申請書

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	平成	年	月	日								円
	2回目	平成	年	月	日								円
	3回目	平成	年	月	日								円
上記のとおり接種したことを証明します。													
平成 年 月 日													
所在地													
医療機関 ㊟													
名称													

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒

事務所住所

事務所名称

申請人 (組合員) 事務所電話番号

組合員氏名 ㊟

関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様

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					名義人		
	貯蓄							

【ご注意】

・ご申請の際は、必要接種回数を満たしたうえで、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受けてください。また、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。

【医療機関へのお願い】

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子宮頸がん予防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。