

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
<b>ヒブ(Hib)ワクチン接種補助金交付申請書</b>													
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						
4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 <span style="float: right;">(印)</span>													
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		事務所電話番号											
(組合員)		組合員氏名 <span style="float: right;">(印)</span>											
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】**

・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。