

専務理事	事務長		係

肺炎球菌・水痘・流行性耳下腺炎予防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						
ワクチン名	1. 肺炎球菌		2. 水痘		3. 流行性耳下腺炎		
※接種したワクチン名に○をつけてください。							
医療機関 関 証 明 欄	接種費用		円				
	上記のとおり 年 月 日にワクチンを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 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							
振込先金融機関名					支店名		店
口座番号	普通	番号【右ツ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、ワクチン名のわかる領収書(原本)を添付してください。また、ご申請の際は、一人一回につき申請書を一枚ご記入ください。

【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肺炎球菌・水痘・流行性耳下腺炎の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。