

理事長		常務理事		事務長		係		年	月	日	起案
								年	月	日	決裁

インフルエンザ予防接種補助金申請書

(事業所単位での申請にご協力をお願いします。)

	被保険者 記号番号	予防接種を受けた人	接種を受けた日	予防接種代	請求金額 ※組合で記入
		生 年 月 日			
1		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
2		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
3		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
4		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
5		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
6		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
				請求金額の 合計	円

上記のとおり予防接種に要した費用の領収書を添えて申請いたします。

令和 年 月 日 (提出日)

住所

事業主組合員

氏名

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

◎ 支給決定額を銀行振込しますので、事業所又は事業主の口座情報をご記入ください。(静銀に口座がある場合はその口座を記入してください。)

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義
銀行	当座		フガナ
支店	普通		
信金			

注 1) 領収書(原本)1人1枚のフルネーム入り・但し書きには予防接種代と記載されたものを添付してください。

※他の補助等で領収書が必要になる場合はご連絡ください。

注 2) 65歳未満の全被保険者対象。補助限度額 1,000 円 (年度内 1 回)

注 3) 申請期間 当年 10 月～翌年 2 月の間に申請してください。

※太枠内のみご記入ください。

インフルエンザ予防接種補助金申請書

(事業所単位での申請にご協力お願いします。)

※太枠のみご記入ください。

	被保険者 記号番号	予防接種を受けた人 生 年 月 日	接種を受けた日	予防接種代	請求金額 ※組合で記入
1		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
2		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
3		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
4		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
5		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
6		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
7		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
8		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
9		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
10		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
11		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
12		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
13		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円
14		昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	円	円