

| | | | |
|------|------|------|---|
| 常務理事 | 事務局長 | 課長補佐 | 係 |
| | | | |

インフルエンザワクチン接種補助申請書

記号番号 熊歯 ・ 甲種組合員氏名

インフルエンザワクチン接種受診者氏名

提出期限
・ 年度内
(3月末)

| NO | 被保険者記号番号 | 氏 名 | 費 用 額 (円) | |
|----|----------|-----|-----------|-----|
| | | | 1回目 | 2回目 |
| 1 | — | | | |
| 2 | — | | | |
| 3 | — | | | |
| 4 | — | | | |
| 5 | — | | | |
| 6 | — | | | |
| 7 | — | | | |
| 8 | — | | | |
| 9 | — | | | |
| 10 | — | | | |

補助金
振込先

_____ 銀行 _____ 本・支店 普通・当座 口座番号 _____

フリガナ
口座名義

※口座名義等は、振込の際に必要なですので、正確にご記入ください。

上記の者のインフルエンザワクチン接種領収書を添えて申請します。

平成 年 月 日 円 一

組合員 住 所

氏 名

印

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

必ず下記の注意事項をお読みください。

補助金額

円

※毎回分の領収書（各受診者の氏名記載のもの）の写しを必ず添付してください。

（レシートでは原則受けません。必ず領収書の写しを添付してください。）

※振込先は、原則として組合員本人の口座をご記入ください。 組合員以外の口座の場合、別紙委任状が必要です。組合宛ご連絡いただくか、ホームページよりダウンロードしてご利用ください。