

組合記入欄	常務理事	事務局

平成 年度 インフルエンザワクチン接種 補助金支給申請書

被保険者証記号番号	氏 名	年 齢	接 種 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
組合記入欄	支 給 額	円	
上記について領収書を添えて申請いたします。			平成 年 月 日
第1種	〒	—	
	診療所所在地		
第2種	組合員 _____		
第3種	診療所名 _____		
第4種	氏 名 _____ (印)		
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			
振込銀行名	銀行		支店 ・ 本店
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金
口座番号	※左詰めで記入願います。		
口座名義人	(フリガナ)		

・申請及び送金先とも、診療所単位とします。(受診医療機関が異なる場合も、まとめて申請願います。)

【添付書類】 必ず添付してください。

・領収書(写し可) ※接種回数分

< F A Xでの提出はできません >