

組合記入欄	常務理事	事務局

【 提出期限 】

令和3年3月末日

令和2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	接 種 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
み 歯 A	(フリガナ)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
組合記入欄	支 給 額	円
令和 年 月 日		
上記のとおり領収書を添えて申請いたします。		
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	
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、原則として診療所単位とします。
(受診機関が異なる場合でもまとめて申請を。)

もう一度、口座確認を。

【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 >