

組合記入欄	常務理事	事務局

【 提出期限 】
3月31日

令和 年度インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書

被保険者記号番号	氏 名	接 種 年 月 日
み 歯	(フリガナ)	
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	
A		年 月 日
組 合 記 入 欄	支 給 額	円

令和 年 月 日

上記について領収書を添えて申請いたします。

第1種 〒 ー 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

通帳表紙の裏面（写）を貼ってください

金融機関名、支店名、口座番号、名義人を確認できるもの

・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。)

【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 ・通帳の写し

< F A Xでの提出はできません >