

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 茜	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 茜	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 茜	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 茜	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 茜	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 茜	(フリガナ)	年 月 日
A		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。

令和 年 月 日

第1種 〒 一
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

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 >