

支給決定額	拾万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係長	係

ヒブ(Hib)ワクチン接種補助金交付申請書

接種を受けた者	記号・番号				—							
	氏名											

医療機関証明欄	接種費用	円											
	(内訳)												
	予防接種を受けた日						接種費用						
	1回目	平成	年	月	日								円
	2回目	平成	年	月	日								円
	3回目	平成	年	月	日								円
4回目	平成	年	月	日								円	
上記のとおり接種したことを証明します。													
平成 年 月 日													
所在地													
医療機関 ⑩													
名称													

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒

事務所住所

事務所名称

申請人

(組合員)

事務所電話番号

組合員氏名

⑩

関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様

振込先金融機関名							支店名	店
口座番号	普通	番号【右ツメでご記入ください】					フリガナ	
	当座							
	貯蓄						名義人	

【ご注意】

・接種を受けられる際は、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受け、接種を受けた日のわかる領収書（原本）を添付してください。

【医療機関へのお願い】

日頃より、当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。

当組合では、保健事業の一環としてヒブ（Hib）ワクチン接種を受けた被保険者に対し、接種費用に応じその一部を補助しております。

つきましては、お手数ですが太枠の中に接種費用及び接種日をご記入の上、証明くださいますようお願いいたします。