

様式 第26号

支決定 給額	拾万	万	千	百	拾	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														
申請人 (組合員)	事務所名称													
	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 殿														
振込先 金融機関名							支店名	店						
口座番号	普通	番号 (右ヅメでご記入下さい)						フリガナ						
	当座						名義人							
	貯蓄													

【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。