

様式 第21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 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| インフルエンザ予防接種補助金交付申請書 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員の記号・番号 | | | | | | | | | — | | | | | | |
| 接種を受けた者の氏名 | | | | | | | 本人・家族の 区 分 | 接種費用 | | 接種を受けた日 | | | | | |
| 1 | | | | | | | 本人・家族 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | 家族 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | 家族 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | 家族 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | 家族 | | | | | | | | |
| 医療 機 関 証 明 欄 | 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 | | | | | ㊟ | |
| | | | | | | | | | | | | | 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 事務所名称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (組合員) 事務所電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | ㊟ | | |
| 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、インフルエンザ予防接種であることのわかる領収書(原本)を添付してください。また、申請書は接種を受けた医療機関ごとに作成してください。

【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インフルエンザ予防接種を受けた被保険者に対し、接種の費用に同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証明くださいますようお願いいたします。