

様式 第27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
<b>肺炎球菌・水痘・流行性耳下腺炎予防接種補助金交付申請書</b>													
接種を受けた者	記号・番号						—						
	氏名												
ワクチン名	1. 肺炎球菌                      2. 水痘                      3. 流行性耳下腺炎 ※接種したワクチン名に○をつけてください。												
医療 機 関 証 明 欄	接種費用	円											
	上記のとおり平成    年    月    日にワクチンを接種したことを証明します。  平成    年    月    日  <div style="text-align: right;">所在地</div> <div style="text-align: center;">医療機関</div> <div style="text-align: right;">名称</div> <div style="text-align: right;">Ⓜ</div>												
上記のとおり申請します。  平成    年    月    日  <div style="text-align: center;">〒</div> 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 <span style="float: right;">Ⓜ</span>													
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、ワクチン名のわかる領収書(原本)を添付してください。また、ご申請の際は、一人一回につき申請書を一枚ご記入ください。

【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肺炎球菌・水痘・流行性耳下腺炎の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。