

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	
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														
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 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													
												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 千														
事務所住所														
事務所名称														
申請人		事務所電話番号												
(組合員)		組合員氏名												
Ⓜ														
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【右ヅメでご記入ください】					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。