

専務理事	事務長		係

## 肺炎球菌・水痘・带状疱疹・流行性耳下腺炎予防接種補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

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・带状疱疹	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 年 月 日にワクチンを接種したことを証明します。			
年 月 日				
所在地				
医療機関 (印)				
名称				

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様  
 上記のとおり申請します。  
 令和 年 月 日 千  
 事務所所在地  
 事務所名  
 申請人 (組合員) 電話番号  
 組合員氏名

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、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・带状疱疹・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。