

利用No.

支給決定額	円
-------	---

決 裁	令和	年	月	日
	理事長	常務理事	事務局長	担当者

## インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者証記号・番号		接種された方の	
79-		氏名	
病院名		接種年月日	令和 年 月 日
(注) 領収証 (コピー) を必ず同封してください。			
<p>上記のとおり申請 (請求) いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組 合 員 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p> <p>東京美容国民健康保険組合 理 事 長 殿</p>			

※太枠のみ記入し捺印もれのないようにして下さい。

ゆうちょ銀行以外	銀行・金庫・組合		支店
	普通・当座	口座番号	
	フリガナ		
	氏名		
電 話			
ゆうちょ銀行	普通・当座・貯蓄	記号	※ 番号
	フリガナ		
	氏名		
	電 話		

どちらか一方に記入してください

支給台帳番号	
処 理 欄	
支給台帳	

※記号の6桁目がある場合は記入してください。