

利用No.

| | |
|-------|---|
| 支給決定額 | 円 |
|-------|---|

| | | | | |
|---|----------|------|------|-----|
| 決 | 令和 年 月 日 | | | |
| | 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 担当者 |
| 裁 | | | | |

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>氏 名 印</p> <p>東京美容国民健康保険組合 理 事 長 殿</p> | | | | | |
| 支給台帳番号 | 銀行 | | 本店 | | |
| | 信用金庫 | | 支店 | | |
| 支給台帳 | 信用組合 | | 出張所 | | |
| | 普通・当座 | 口座番号 | | | |
| 支給台帳 | ふりがな | | | | |
| | 氏名 | | | | |
| | 電話番号 | | | | |

※太枠のみ記入し捺印もれのないようにして下さい。

*ゆうちょ銀行へのお振込の指定はできませんので、ご了承ください。