

利用No.

支給決定額	2,000 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
<p>①領収証（コピー）を必ず同封してください。（受診者名記載のもの）</p> <p>②費用が2,000円以下の場合は実費分を支給します。</p> <p>③振込口座は本人または同一世帯組合員の個人口座をご記入ください。</p> <p>④お一人につき年度内一回の助成となります。</p>			
<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</p> <p style="text-align: right;">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		
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。