

風しん予防接種補助金支給申請書

令和 年 月 日

東京技芸国民健康保険組合 理事長 殿

〒 _____
住所 _____
電話 _____ (_____) _____
組合員氏名 _____ 印

下記のとおり申請します。

利用医療機関名 _____
予防接種日 令和 年 月 日

接種者氏名

No.	記 号 番 号	氏 名	性別	続柄	年齢	組合使用欄
	77- -					

被保険者 4,000 円 × 名 = 円
補助申請額 金 _____ 円

※添付書類：お名前と「風しん予防接種」と入った領収書原本を添付してください。
申請は領収書の日付から2ヶ月以内をお願いします。
※昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性は対象外です。

振込先銀行名

銀行名		支店名	
預金種目		口座番号	
フリガナ			
口座名義			

事務処理欄

受付日	内容確認	現金給付入力
備考		

審査の結果間違いないので支給する。

決済			
常務理事	事務長	次 長	担当者