

带状疱疹ワクチン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- -					

組合員 10,000 円 × 名 = 円  
家族（被保険者） 5,000 円 × 名 = 円

補助申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

※添付書類：お名前と「带状疱疹ワクチン接種」と入った領収書原本を添付してください。  
申請は最終の接種の領収書の日付から2ヶ月以内をお願いします。  
※带状疱疹ワクチンで2回接種の場合は2回分（2枚）の領収書原本を添付してください。

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