

75歳以上

決 裁	課長	担当	資格区分	3・4
			費用額	円
	年 月 日決定		支給額	円

インフルエンザ予防接種助成費支給申請書

様式第44号

予 防 接 種 を 受 け た 者	組合員証	記号	86-	番号	
	フリガナ				
	氏名				男・女
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名 等		名 称			
		所在地			
予 防 接 種 を 受 け た 日	令和 年 月 日				
予 防 接 種 に 要 し た 費 用 の 額	円				
上記インフルエンザ予防接種費用の助成について、別紙領収書を添えて申請します。					
令和 年 月 日					
住所					
組合員 氏名					
電話 () 番					
東京都医師国民健康保険組合理事長殿					

送 金 指 定 先	銀行名	銀行					本 支 店		
	銀行コード				支店コード				
	口座種別	普通・当座			口座番号				
	フリガナ								
	口座名義人								
委 任 状	※組合員と口座名義人が、異なる場合のみ記入してください。 インフルエンザ予防接種助成費の受領を _____ に委任します。 住所(申請書に同じ) 氏名 _____ 東京都医師国民健康保険組合理事長殿								

処 理 欄	整理 No.	処理簿

(執 行 印)

(処 理 印)

(受 付 印)