

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

記入例

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	86-001	番号	1234
	フリガナ	イシ タロウ			
	氏名	医師 太郎			
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名 等	名称	〇〇〇クリニック			
	所在地	東京都千代田区〇〇〇 1-1-1			
予 防 接 種 を 受 け た 日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
予 防 接 種 に 要 し た 費 用 の 額	2,200 円				
<p>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。</p> <p>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ← 記入日を記入してください。</p> <p>住所 東京都中央区〇〇〇 1-1-1</p> <p>組合員氏名 医師 太郎</p> <p>電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番</p> <p>東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>					

送 金 指 定 先	銀行名	〇〇〇 銀行 〇〇〇				本店					
	銀行コード	〇	〇	〇	〇	支店コード	〇	〇	〇	/	/
	口座種別	普通・当座		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇						
	フリガナ	イシ タロウ									
	口座名義人	医師 太郎									
委 任 状	<p>※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。</p> <p>インフルエンザ予防接種助成費の受領を _____ に委任します。</p> <p>住所(申請書に同じ)</p> <p>氏名 _____</p> <p>東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>										

処 理 欄	整理No	処理簿
	この欄は、予防接種を受けた方と口座名義人が異なる場合だけ、記入してください。	

(執行印)

(処理印)

(受付印)