

# インフルエンザ予防接種補助金申請書

被保険者証 記号・番号	接種者名	接種時13歳未満の方 は☑をご記入下さい	接種年月日	支払金額	決定金額 ※組合使用欄
全歯 -		<input type="checkbox"/>			
全歯 -		<input type="checkbox"/>			
全歯 -		<input type="checkbox"/>			
全歯 -		<input type="checkbox"/>			
全歯 -		<input type="checkbox"/>			
全歯 -		<input type="checkbox"/>			
全歯 -		<input type="checkbox"/>			
全歯 -		<input type="checkbox"/>			
全歯 -		<input type="checkbox"/>			
全歯 -		<input type="checkbox"/>			

接種者名の記入欄が足りない場合は、本書をコピーのうえ、ご記入ください。

**実施期間:**事業年度の4月1日から翌年の3月末日まで

**申請期限:**当該事業年度の終了した年の3月末日支部事務所必着

上記のとおり領収書を添えて申請致します。

必ず記入	(フリガナ)	
	振込先	銀行・信金 信組・農協 店 出張所
	口座番号	
	口座種別	普 当
	(フリガナ)	
	通帳名義	

年 月 日

種組合員

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

全歯  -

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

注1：領収書は、接種年月日、医療機関名、接種者、インフルエンザの予防接種であることを必ず明記したものであること。

注2：補助金の額は、1名につき3,000円を限度とする。13歳未満の世帯員は、5,000円を限度とする。支払った額が補助金限度額に満たない場合は、実費分のみの支給。

支給金額	係
	円



支部長	支部常務	係

