

インフルエンザ予防接種助成金請求書【令和●年度分】

鳥取県医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 ●年 10月 25日

医療機関名 ○○クリニック

組合員名 鳥取 太郎

下記の者がインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金の請求をします。

↓ 40~64歳の方

被保険者証番号	接種者氏名	接種医療機関	予防接種費用	ワクチンシール添付箇所
鳥医国保 00 999 - 000	鳥取 太郎	○△クリニック	3,000 円	ワクチンシール
【65歳以上の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?		はい・いいえ	【乳幼児の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?	
特定健診 受診状況	受診済 未受診	データ提供済 対象外	(受診済の場合) 受診医療機関 ○○クリニック	(受診済の場合) 受診日 R 5年 10月 17日

↓ 65歳以上の方

被保険者証番号	接種者氏名	接種医療機関	予防接種費用	ワクチンシール添付箇所
鳥医国保 00 999 - 000	鳥取 梨子	○△クリニック	1,300 円	ワクチンシール
【65歳以上の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?		はい・いいえ	【乳幼児の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?	
特定健診 受診状況	受診済 未受診	データ提供済 対象外	(受診済の場合) 受診医療機関 □□医院	(受診済の場合) 受診日 R 5年 10月 20日

↓ 乳幼児の方

被保険者証番号	接種者氏名	接種医療機関	予防接種費用	ワクチンシール添付箇所
鳥医国保 00 999 - 000	鳥取 光仲	○△クリニック	3,000 円	ワクチンシール ワクチンシール
【65歳以上の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?		はい・いいえ	【乳幼児の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?	
特定健診 受診状況	受診済 未受診	データ提供済 対象外	(受診済の場合) 受診医療機関 記載不要	(受診済の場合) 受診日 記載不要

振込先銀行 ※複数枚同時申請で、振込先が同じ場合は2枚目以降省略可能です。
なるべく同一口座にて請求をお願いします。

銀行名 ○○○○ 銀行 支店名 ○○ 支店 出張所

口座番号 (普通・当座) No. 1234567

(フリガナ) トットリ タロウ
名 義 鳥取 太郎

〒680-8585

住所 鳥取市戎町 317 番地

見本2

この欄は記入しないでください

インフルエンザ予防接種助成金請求書【令和●年度分】

鳥取県医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 ●年 10月 25日

医療機関名 〇〇クリニック組合員名 鳥取 太郎

下記の者がインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金の請求をします。

↓ 39歳以下の方

被保険者証番号	接種者氏名	接種医療機関	予防接種費用	ワクチンシール添付箇所		
鳥医国保 00 999 - 000	鳥取 経家	〇〇クリニック	3,000 円	ワクチンシール		
【65歳以上の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?		はい・いいえ	【乳幼児の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?		はい・いいえ	
特定健診 受診状況	受診済 未受診	データ提供済 対象外	(受診済の場合) 受診医療機関	記載不要	(受診済の場合) 受診日	記載不要

↓ 後期高齢組合員の方

被保険者証番号	接種者氏名	接種医療機関	予防接種費用	ワクチンシール添付箇所		
鳥医国保 00 999 - 000	鳥取 廉三	〇〇クリニック	1,000 円	ワクチンシール		
【65歳以上の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?		はい・いいえ	【乳幼児の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?		はい・いいえ	
特定健診 受診状況	受診済 未受診	データ提供済 対象外	(受診済の場合) 受診医療機関	記載不要	(受診済の場合) 受診日	記載不要

被保険者証番号	接種者氏名	接種医療機関	予防接種費用	ワクチンシール添付箇所	
鳥医国保 00 -			円		
【65歳以上の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?		はい・いいえ	【乳幼児の方のみ記入】 市町村からの助成を受けましたか?		はい・いいえ
特定健診 受診状況	受診済 未受診	データ提供済 対象外	(受診済の場合) 受診医療機関		(受診済の場合) 受診日

振込先銀行 ※複数枚同時申請で、振込先が同じ場合は2枚目以降省略可能です。
なるべく同一口座にて請求をお願いします。

銀行名 〇〇〇〇 銀行 支店 〇〇 出張所口座番号 (普通・当座) No. 1234567 (フリガナ) 名 義 トトリ 鳥取 太郎〒680-8585住所 鳥取市戎町 317 番地

2枚中 / 2枚目