

支給額 (円)
人

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 月 日

医療機関名 _____

組合員名 _____

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。

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	【小児の方のみ記入】 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	(受診済の場合) 受診日 R 年 月 日

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	【小児の方のみ記入】 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	(受診済の場合) 受診日 R 年 月 日

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	【小児の方のみ記入】 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	(受診済の場合) 受診日 R 年 月 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 _____ 銀行 _____ 支店 _____
信用金庫 _____ 出張所 _____

口座番号 (普通・当座) No. _____ (フリガナ) 名 義 _____

〒 _____
住所 _____

枚中 / 枚目