

インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書

記号・番号 (第3種組合員は組合員証番号)	道 医	一	号
接種を受けられた方の 氏 名	組合員・被保険者種別 (該当する箇所を○で囲んで下さい)	接種月日	請求金額(円)
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
申請金額合計	一 金		円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので助成金を請求します。

令和 年 月 日

住 所

組 合 員

氏 名

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

(組合員の口座)

送 金 先	フリガナ	銀行	支 店
	口座名義	信用金庫	
		預金種別	普通・当座・貯蓄
		口座番号	

- 〔備考〕 ※ 対象者は、北海道医師国保組合に加入の組合員及び被保険者です。
(社会保険、市町村国保などに加入の方は対象になりません。)
※ 助成額は同一年度内1人1,000円です。
※ 請求につきましては、接種された年度末(3月31日)までをお願いいたします。