

記入見本

3 1 0 2

被保険者記入用

常務理事	事務長	課長	係員

インフルエンザワクチン予防接種費用 補助金支給申請書

① 被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	
		<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>	昭和 平成 <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	
	氏名・印	(フリガナ) イリヨウ タロウ 医療 太郎		自署の場合は押印は省略できます。	
	住所	(〒 460 -0011) 名古屋市 中区 大須 3-30-60			
電話番号	TEL 052 (269) 3203				
② 被保険者名義の振込先口座	金融機関名称	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 <input type="radio"/> その他 ()			
	支店名	金融機関名	支店名	<input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> その他 ()	
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	口座番号	<input type="text" value="0"/> 左づめでご記入ください	
口座名義	▼カタカナで記入してください イリヨウ タロウ				
③ 接種者情報	接種者氏名	生年月日	続柄	接種年月日	
	医療 花子	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	妻	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>
	医療 息子	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	子	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>
	医療 娘	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/>	子	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>
		<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	<input type="text"/>		<input type="text"/>
		<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	<input type="text"/>		<input type="text"/>

振込先は「被保険者名義」の口座のみです。

* 記入上の注意

- ①②③の項目はすべてご記入ください。
- 申請には、本申請書・領収書(原本)・インフルエンザ受診券の添付が必要です。
- 領収書(原本)には、「接種者の氏名、インフルエンザの予防接種をしたことがわかる但し書き」の記載が必須です。
- 振込先は被保険者名義の口座のみです。
- 自治体等の公的助成との併用はできません。

受付日付印

組合使用欄