

常務理事	事務局長	課長	係

伺 下記のとおり認定してよろしいか 令和 年 月 日

申請区分	ア. ヒブワクチン			イ. 小児用肺炎球菌ワクチン			ウ. 成人用肺炎球菌ワクチン		
接種回数	1 回 目		2 回 目		3 回 目		4 回 目		
接種日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
決定金額	円		備考						

(ここから上の欄は記入しないでください)

ワクチン予防接種費用助成申請書				
被保険者証の記号番号		煙国 - -	(枝番)	
ワクチン接種者	氏名	組合員との続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
上記のとおり、必要書類(領収書等)を添えて申請します。 令和 年 月 日				
住所 〒 _____				
組合員 (申請者) 電話番号 ( ) - _____				
氏名 _____ 印				
関西たばこ国民健康保険組合 理事長 殿				
希望 振込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農業協同組合		
	支店名	支店 出張所	支店コード (店番号)	
	口座区分	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	金融機関 電話番号	( ) -		
	(フリガナ)			
口座名義人				

◎ 領収書の原本を、紛失等の理由により提出できない場合のみ、医療機関に、別紙「医療機関の証明欄」への記入・捺印を依頼してください。