

様式（コピーしてご使用ください）

常務理事	事務長	課長	担当	台帳登載	支給伝票	支給年月日	支給決定金額
							円

令和5年度 インフルエンザワクチン接種補助申請書

接種者明細	被保険者 記号・番号	枝番	氏名	接種年月日	支払った額	補助申請額 (1,000円限度)	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	岡302・			年 月 日	円	円	
	合計					円	円

上記のとおり、領収書を添えて申請します。

年 月 日

〒

住所
第1種（第3種）組合員
氏名

印

岡山県医師国民健康保険組合 殿

振込先	名称	銀行	支店	口座名義人 (フリガナ)
	種別	1. 普通	2. 当座	
	口座番号			

【注意事項等】

1. 領収書(原本)は必ず添付してください。
2. 医師の組合員ごとに家族・従業員の分をまとめて申請してください。
3. 後期高齢の組合員の場合、被保険者記号・番号および枝番は空欄としてください。
4. 1人につき1回1,000円(2回まで)が補助額の上限です。
5. 対象期間は、接種日が令和5年9月1日から令和6年2月29日までです。
6. 申請期限は、令和6年4月30日(必着)までです。

※ この申請にかかる個人情報は、インフルエンザワクチン接種補助申請以外の目的には使用いたしません。