

様式（コピーしてご使用ください）

常務理事	事務長	係長	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 肺炎球菌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 (5,000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
	合計					円

上記のとおり、領収書を添えて申請します。

年 月 日

〒

住所
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】

- 領収書(原本)は必ず添付してください。
- 65歳以上の被保険者もしくは後期高齢の組合員が対象となります。
- 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。
- 1人につき1回5,000円が上限です。ただし、支払った額の範囲内です。

※ この申請にかかる個人情報、肺炎球菌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。