

インフルエンザ予防接種 補助金請求書

※2回分の場合は2,000円

令和 年 月 日

請求者	請求金額	¥	0	0	0	円		
	会員番号	—						
	氏名							
	「ゆう」からの問合せ先 ※(日中連絡のつく電話番号を記入・どちらかに○印)	(☎)	(携帯・自宅・勤務先)					
接種者氏名(続柄)			()			()		
予防接種日	令和	年	月	日	令和	年	月	日
支払金額 (医療機関への支払額)				円				円

銀行振込	振込依頼書						
	上記金額を下記口座に振込んでください。						
	令和 年 月 日						
	請求者氏名 _____						
金融機関名					銀行 信用金庫 信用組合	本・支店名	本店・支店
口座番号	普通・当座						フリガナ
							口座名義

必ず自署で
お願いします。
(ゴム印等不可)

添付書類：医療機関発行の領収書(下記記載のあるもの)(コピー可)

- ① 予防接種を受けた会員または家族の氏名(フルネーム)
- ② 予防接種日
- ③ インフルエンザ予防接種の記載があること。
- ④ 支払額
- ⑤ 予防接種をした医療機関名

⑥ 領収書の記載が「予防接種」のみや「その他」と記載されている場合は、領収書と一緒に「インフルエンザ予防接種と記載のある診療明細書」(写し)または「インフルエンザ予防接種済証」(写し)が必要です。