

極秘

(様式扶2号)

被扶養者(任意継続被保険者・被扶養者含む)インフルエンザ予防接種補助料請求書

令和5年度

年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

要綱に基づき、補助料請求いたします。

|                    |          |
|--------------------|----------|
| インフルエンザ<br>予防接種日   | 令和 年 月 日 |
| 健康診断受診日<br>(受診予定日) | 令和 年 月 日 |

|                    |                       |            |    |
|--------------------|-----------------------|------------|----|
| 健康保険被保険者証の記号-番号-枝番 | — —                   |            |    |
| 請求者住所              | 〒 — — — — —<br>電話 ( ) |            |    |
| 請求者氏名              | 生年月日                  | 昭和 年 月 日 才 | 平成 |

|         |   |  |  |                |
|---------|---|--|--|----------------|
| 振込先金融機関 | 金融機関コード   | 本支店番号  | 預金種別   | 口座番号           |
|         | <input type="checkbox"/> 銀行<br><input type="checkbox"/> 金庫<br><input type="checkbox"/> 組合 | <input type="checkbox"/> 本店<br><input type="checkbox"/> 支店 | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 | フリガナ<br>預金口座義名 |

※振込先金融機関の欄には必ずご記入下さい。

- ・接種者もしくは被保険者名義の口座をご記入ください。
- ・インフルエンザ予防接種が確認できる領収書(写)を添付してください。
- ・特定健康診査結果確認後のお支払いとなりますので、ご了承ください。

受付印付

|        |        |    |    |     |
|--------|--------|----|----|-----|
| 特定健診あり | 資格チェック | 決定 | 入力 | 支払額 |
|        |        |    |    |     |