極秘

（様式1）　麻

麻疹・風疹混合（MR）ワクチン等接種補助料請求書

令和８年度

神奈川県医療従事者健康保険組合　御中　　　　年　　月　　日

事業所の記号	
事業所の名称	
事業所所在地	
事業主の氏名	
電話番号	

要綱に基づき請求いたします。

一人当たり単価		実施人員	請求金額合計
風疹単独ワクチン	上限 1,000　円	名	円
麻疹・風疹混合（MR）ワクチン	上限 2,000　円	名	円
	金額決定欄	名	円

●他家接種の場合で、この請求にかかる補助料の受領を予防接種実施機関等に委任するときのみ記入してください。

委任状

補助料の受領については、（接種実施機関）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
に委任致します。

委任者　事業所の名称
　　　　事業主の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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	
	□ 銀行 □ 金庫 □ 組合	□ 本店 □ 支店	□ 普通 □ 当座	フリガナ	
				預金口座名義人	

受付日付印