

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6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 予防接種日	令和 年 月 日
健康診断受診日 (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	〒 — 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 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 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にかかった金額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。
- ※保険適用の接種は補助の対象外となります。

受付印付

資格チェック	決定	入力	支払額