

被扶養者インフルエンザ予防接種補助料請求書(特定健診受診者用)

令和2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	—		
被扶養者住所	〒 — 電話 ()		
被扶養者氏名	Ⓢ 生年月日	昭和 年 月 日 才 平成	

※自署の場合は、押印が省略できます。

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が確認できる領収書(写)を添付してください。
(のりづけしないでください)

受付印

特定健診あり	資格チェック	決定	入力	支払額