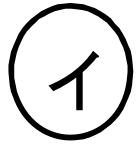


対象者:40歳以上の任意継続被保険者・被扶養者
添付書類:予防接種の領収書(写)

極秘



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)

2019年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

年 月 日提出

要綱に基づき、補助料請求いたします。

		健康診断受診日 (受診予定日)	平・令 年 月 日
被保険者証の 記号・番号	-	電話番号	()
住 所	〒 -		
氏 名	Ⓜ		
生年月日	昭・平・令 年 月 日 才		
※自署の場合は、押印が省略できます。		自己負担額(補助料上限2,500円)	
		円	

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 名義人										

※1 太枠線内を記入してください。

受付日付印

※2 振込先金融機関の欄は正確にご記入ください。

※3 接種者もしくは被保険者名義の口座をご記入ください。

特定健診あり	資格チェック	決定	入力	支払額