

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

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

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

年 月 日

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)	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	昭和 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。
- ※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。
- ※4 領収書はのりづけしないでください。

受付日付印

特定健診あり	資格チェック	決定	入力	支払額