

インフルエンザ予防接種助成申込書

被保険者証 の記号番号 (又は組合員証番号)	接種した被保険者の氏名	接種した医療機関名	該当者 (区分を○で囲む)
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族
(枝番)			組合員 ・ 家族

上記のとおりインフルエンザ予防接種が終了しましたので、助成の申し込みをします。

令和 年 月 日

診療所名 _____

甲種組合員(雇用主)氏名 _____ (印)

甲種組合員(雇用主)の被保険者証の記号番号(又は組合員証番号) _____

_____ 支部長 様