

肺炎球菌ワクチン予防接種助成費支給申請書 (受診報告書)

被保険者証 (又は組合員証) の記号番号		組合員氏名			
接種を受けた者の氏名		年 齢		続 柄	
支 払 金 額		接種年月日	令和	年	月 日
※接種時に 60 歳以上で、当組合に加入されている者が対象となります。					

医療機関 の証明欄	上記の者が肺炎球菌ワクチン予防接種を受けたことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 _____ 名 称 _____ 印
--------------	---

※ 医療機関の認印を受けていただくか、若しくは領収書の写し（ただし、肺炎球菌ワクチン予防接種を行った事実、時期、接種を受けた者の名前、金額等が明確に判断できるものに限り）を添付してください。

上記のとおり助成費の支給を申請します。 令和 年 月 日 組合員 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 静岡県歯科医師国民健康保険組合 様

組合員の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人（組合員）氏名
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金 その他 ()		(フリガナ)

◎太線の枠内に必要事項をご記入ください。