（様式 1）

決	常務理事	事 務 長	会計課長	担　　当	支 給 決 定 額
					円
裁	平 成　　年　　月　　日 右のとおり決定してよろしいか。				不支給事由

インフルエンザワクチン接種補助請求書

							振込指定金融機関	銀行　　店		
金　　額	拾	万	千	百	拾	円	口座番号	1. 普通 2. 当座		
							名　　義			
							補助額	2,000 円×接種人員　　人		

下記の者がインフルエンザワクチン接種を実施したので,次の書類を添えて請求します。

添付書類（該当番号に○を付す。）

1　領収書（他院接種の場合）

2　被接種者の問診票（写）（自院接種の場合）

※　対象は年度末(3 月 31 日)までに接種したものとし、請求期限を 4 月末とする。

平成　　年　　月　　日

住　所

組合員

氏　名　　㊞

茨城県医師国民健康保険組合理事長　殿

接　種　者　明　細

被保険者番号	氏　　名	続　柄	接種日	被保険者番号	氏　　名	続　柄	接種日