（様式1）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 会計課長 | 担　　当 | 支給決定額 |
|  |  |  |  | 円 |
| 令　和　　　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。  　令和　　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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |