常務理事	事務局長	課長補佐	係

インフルエンザワクチン接種補助申請書

記号番号　熊歯・	甲種組合員氏名

NO	被保険者記号番号	接　種　者　名	費　用　額（円）
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

甲種組合員証　明　欄	（甲種組合員本人以外の申請時、証明をお願いします。） 上の者本歯科医院の勤務者及び家族であることを証明します。 熊歯・　　甲種組合員氏名　　㊞

振　込　先　下記申請組合員の口座をご指定ください。
（それ以外の場合、委任状が必要です。ホームページよりダウンロードしてください。）

＿＿＿＿＿＿銀行＿＿＿＿＿＿本・支店

普通　・　当座　　口座番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
口座名義　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

番号・名義等の正確な記載をお願いします。

上記全員のインフルエンザワクチン接種領収書を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

組合員　住　所

氏　名　　㊞

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長　　殿

補助金額	円

提出期限・年度内（3月末）

添付書類

※領収書（受診者名・インフルエンザワクチン・金額明記）の写し