（様式 1）

決裁	常務理事	事務長	次長	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（該当番号に〇を付す。）

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