

常務理事	理事	事務長	担当者	支給日

受付日付印



太枠の部分を全てご記入ください。

肺炎球菌ワクチン接種助成金支給申請書				
接種者	被保険者証又は組合員証の記号番号	宮医 A	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	第1種組合員氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
	種 別	<input type="checkbox"/> 第1種組合員A <input type="checkbox"/> 第1種組合員B	申請額	円(3,000円上限)
今回接種年月日	令和 年 月 日	2回目以降は前回接種年月日	平・令 年 月 日	
実施医療機関名				
送金先	銀行名	銀行 支店 (店番号)		備考
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義	※ 振込口座は通帳と確認の上ご記入ください。		
上記のとおり、領収書を添えて申請します。 令和 年 月 日(提出日)				
〒 -				
住 所				
第1種組合員				
事業主(医師) 氏 名				
電話番号 () -				
宮城県医師国民健康保険組合理事長 様				

※市町村の助成を受けた年度は対象外となります。

〔注〕領収書(写し可)を添えて所属支部(郡市医師会)を経由して届け出てください。

DL

〔支部記入欄〕

支部名	支部長	◎
支部受付年月日		

〔組合記入欄〕

支給決定額	円
支給日	年 月 日
備考	

※ 当組合は、申請によって収集した個人情報について個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。