

| | | | | |
|------|----|-----|-----|-----|
| 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。

D L

[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。