

決 済	理事長	専務理事	事務長	事務長 補佐	主任	会計	給付	資格	受 付
下記の金額を支給決定してよろしいか 金 円也									

インフルエンザ予防接種助成金申請書（64歳以下）

*太枠の中をご記入ください。

被保険者証記号番号	衣	—	医療機関名												
被保険者氏名	生	年	月	日	資格取得日	接	種	日	窓口負担金額	組合助成金額					
	S	H	R	.	.	S	H	R	.	.	R	.	.		
	S	H	R	.	.	S	H	R	.	.	R	.	.		
	S	H	R	.	.	S	H	R	.	.	R	.	.		
	S	H	R	.	.	S	H	R	.	.	R	.	.		
	S	H	R	.	.	S	H	R	.	.	R	.	.		

上記のとおり別紙領収書を添えて申請します。
令和 年 月 日

世帯主氏名 _____
申請人住所 _____
氏 名 _____ 印

京都府衣料国民健康保険組合 理事長 殿

*京都市内の方は下記 領収証にご記入のうえ、衣料国保までお越しくください。

インフルエンザ予防接種助成金を確かに受け取りました。 令和 年 月 日 申請人氏名 _____ 印

*宇治・亀岡・福知山・舞鶴の団体の方は振込みとなりますので、下記にご記入ください。

振込先は 原則として世帯主の預金口座とさせていただきますので ご了承ください

下記口座へ振込みをお願いします。 世帯主氏名 _____ 印			
*保険料引落口座以外に振込みをご希望される場合は、下記をご記入ください。			
振込銀行名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店
口座番号	普通 当座	フリガナ 口座名義	

決 済	理事長	専務理事	事務長	事務長 補佐	主任	会計	給付	資格	受 付
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">見 本</div> 下記の金額を支給決定してよろしいか 金 円也								

インフルエンザ予防接種助成金申請書（64歳以下）

*太枠の中をご記入ください。

被保険者証記号番号	衣 123 - 4567890		医療機関名	衣料病院		
被保険者氏名	生年月日	資格取得日	接種日	窓口負担金額	組合助成金額	
衣料 太郎	⑤HR 55.8.1	S⑥R 1.4.1	R 1.12.12	3,500円	2,000円	
衣料 健	S⑥R 25.5.5	S⑥R 25.5.5	R 1.12.12	3,500円	2,000円	
	SHR . .	SHR . .	R . .			
	SHR . .	SHR . .	R . .			
	SHR . .	SHR . .	R . .			

上記のとおり別紙領収書を添えて申請します。

令和 1 年 12 月 20 日

世帯主氏名 衣料 太郎

申請人住所 京都市中京区室町通御池下る円福寺町 342 番 3

氏 名 衣料 太郎

京都府衣料国民健康保険組合 理事長 殿

押印

Ⓜ

*京都市内の方は下記 領収証にご記入のうえ、衣料国保までお越しください。

インフルエンザ予防接種助成金を確かに受け取りました。

令和 1 年 12 月 20 日

申請人氏名 衣料 太郎

Ⓜ

*宇治・亀岡・福知山・舞鶴の団体の方は振込みとなりますので、下記にご記入ください。

振込先は 原則として世帯主の預金口座とさせていただきますので ご了承ください

下記口座へ振込みをお願いします。

押印(振込みの場合のみ)

世帯主氏名 衣料 太郎

Ⓜ

*保険料引落口座以外に振込みをご希望される場合は、下記をご記入ください。

振込銀行名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店
口座番号	普通 当座	フリガナ	
		口座名義	