

決	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
済	下記の金額を支給決定してよろしいか 金 円也								

子宮頸がん予防接種助成金申請書

*太枠の中をご記入ください。

被保険者証記号番号	衣 ー	医療機関名		
被保険者氏名		接 種 日	窓口負担金額	組合助成金額
		R . .		
生 年 月 日	S·H . .	R . .		
資 格 取 得 日	S·H·R . .	R . .		
<p>上記のとおり別紙領収書を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>世帯主氏名 _____</p> <p>申請人住所</p> <p>氏 名 _____ 印</p> <p>京都府衣料国民健康保険組合 理事長 殿</p>				

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; font-size: 2em; color: red; font-weight: bold;">見 本</div>								
<p style="text-align: center;">下記の金額を支給決定してよろしいか</p> <p style="text-align: center;">金 円也</p>									

子宮頸がん予防接種助成金申請書

*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	衣料 都	接 種 日	窓口負担金額	組合助成金額
		R 1 . 5 . 9	17,000 円	8,500 円
生 年 月 日	S [Ⓜ] 18 . 9 . 30	R 1 . 6 . 11	17,000 円	8,500 円
資 格 取 得 日	S [Ⓜ] R 18 . 9 . 30	R 1 . 11 . 15	17,000 円	8,500 円

上記のとおり別紙領収書を添えて申請します。

令和 2 年 2 月 28 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
Ⓜ

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 _____ 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	