

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									

帯状疱疹予防接種助成金申請書（50歳以上）

*太枠の中をご記入ください。

被保険者証記号番号	衣 一	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 . .	S H R . .	R . .		
	S . .	S H R . .	R . .		
	S . .	S H R . .	R . .		
	S . .	S H R . .	R . .		
	S . .	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 _____ ㊟					
京都府衣料国民健康保険組合 理事長 殿					

振込先は 原則として保険料の引落口座とさせていただきますので ご了承ください。

※2、3号世帯主の方は保険証に記載の世帯主の預金口座をご記入下さい。

下記口座へ振込みをお願いします。			
世帯主氏名 _____ ㊟			
*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	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								

带状疱疹予防接種助成金申請書 (50歳以上)

*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	S 55. 8. 1	SHR 1. 4. 1	R 1. 12. 12	40,000 円	20,000 円	
	S . .	S H R . .	R . .			
	S . .	S H R . .	R . .			
	S . .	S H R . .	R . .			
	S . .	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 5 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

押印

京都府衣料国民健康保険組合 理事長 殿

振込先は 原則として保険料の引落口座とさせていただきますので ご了承ください。

※ 2、3号世帯主の方は保険証に記載の世帯主の預金口座をご記入下さい。

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	