

決 済	理事長	専務理事	事務長	事務次長	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 \_\_\_\_\_ ㊟  
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 \_\_\_\_\_ ㊟

\*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 \_\_\_\_\_ ㊟

\*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	事務次長	主任	会計	給付	資格	受	付
	見 本									
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 1 2 3 - 4 5 6 7 8 9 0	医療機関名	衣料クリニック			
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 京子	S(H) R 5. 4. 1	S(H) R 5. 4. 1	R 6. 1. 1 0	3,500円	2,000円	
	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 6年 1月 16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てください。

<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請人氏名 _____ 印</p>
---

\*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**

<p>下記口座へ振込みをお願いします。</p> <p style="text-align: right;">世帯主氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">*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。</p>			
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	