

Fax申請不可

インフルエンザ 予防接種助成 申請書

コピーして
お使いください

令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種助成を申し込みます。

事業所番号		会員番号	
申込者	住所	〒	
		Tel	Fax
	氏名	Ⓜ	
	事業所名		

受診者	会員番号	氏名	続柄	受診日	受診料
	-			月 日	円
	-			月 日	円
	-			月 日	円
	-			月 日	円
	-			月 日	円
合計					名

【助成金振込先】

いずれかに☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 会費引落口座
<input type="checkbox"/> 下記の口座
銀行 支店 信用金庫
普通預金 ・ 当座預金
口座番号
(フリガナ) 口座名義人

※口座情報の記入漏れ、記入誤りにご注意ください。

注意

- ※利用資格は、会員本人と登録家族に限ります。
- ※10ページに記載している必要書類を添付してください。
- ※申請期限は接種した年度の3月15日迄です。
- ※利用日が3月下旬の場合は4月15日迄に申請してください。

☆【サービスセンター記入欄】

決定助成額	
-------	--

内訳

会員	1,000円×	名=	円
家族	500円×	名=	円

入力

受付印
