

75歳以上

決 裁	課長	担当	資格区分	3・4
			費用額	円
	年 月 日決定		支給額	円

## インフルエンザ予防接種助成費支給申請書

様式第44号

予 防 接 種 を 受 け た 者	組合員証	記号	86-	番号	
	フリガナ				男・女
	氏名				
予防接種を受けた医療機関名等		名称			
		所在地			
予防接種を受けた日		令和 年 月 日			
予防接種に要した費用の額		円			
上記インフルエンザ予防接種費用の助成について、別紙領収書を添えて申請します。					
令和 年 月 日					
住所					
組合員 氏名					
電話 ( ) 番					
東京都医師国民健康保険組合理事長殿					

送 金 指 定 先	銀行名	銀行				本店				
	銀行コード				支店コード					
	口座種別	普通・当座			口座番号					
	フリガナ									
	口座名義人									
委 任 状	※組合員と口座名義人が、異なる場合のみ記入してください。 インフルエンザ予防接種助成費の受領を _____ に委任します。 住所(申請書に同じ) 氏名 _____ (印) 東京都医師国民健康保険組合理事長殿									

処 理 欄	整理No.	処理簿

(執行印)

(処理印)

(受付印)