

# 肺炎球菌ワクチン接種助成金請求書

令和 年 月 日

鹿児島県医師国民健康保険組合 宛

住 所	
医師組員名 (世帯主)	

下記の通り、肺炎球菌ワクチンを接種したので、実施要領により助成金を請求します。

接種を受けた被保険者 または後期高齢者組員	性別	生年月日	接種日 の年齢
	男 女	昭和 年 月 日	歳
接種をした医療機関の証明（鹿児島県内）		接種ワクチンロット番号 貼り付け欄	
接種日	年 月 日	所在地.....  名 称.....  医師証明欄..... <span style="float: right;">㊟</span>	

※市町村より助成を受けられる方は対象にはなりません。

(振込み指定預金口座)

銀行名		支店名	支店
口座番号 No.	普通・当座	フリガナ	
		口座名義	

(事務局処理欄)

助 成 金	5,000円	役員	事務長	検印	検印	係
申請受付日	年 月 日					
処理した月	年 月					