

# 带状疱疹ワクチン接種補助金支給申請書

被保険者証の 記号・番号	奈組 1.		
接種を受けた者の 氏名		組合員との続柄	
生 年 月 日	昭和・平成      年      月      日	年      齢	歳
医 療 機 関 名			
接 種 年 月 日	令和      年      月      日		
接 種 費 用	円	補 助 金 額	<small>*組合記入欄</small> 円

上記のとおり領収書（「**带状疱疹（水痘）ワクチン接種**」と明記されたもの）を添えて申請します。

令和      年      月      日

第      種組合員 住 所

氏 名

勤務先

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

※注意事項

- 50 歳以上の方で、上限 2,000 円の補助となります。
- 申請期限は、接種を受けた年度末まで。

振込先	銀行		支店
	普通 ・ 当座	口座番号	
	<フリガナ>		
	口座名義		

受 付 日		支給年月日	
-------	--	-------	--

事務長	次 長	係 員