

帯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	*組合記入欄 円

上記のとおり領収書（「帯状疱疹（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

(印)

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

1. 50歳以上の方で、上限2,000円の補助となります。
2. 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