

# 請 求 書

令和 年 月 日

沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿

住 所	_____
医 療 機 関 名	_____
医師組合員氏名	_____ 印

## インフルエンザ予防接種助成金の請求について (65歳以上~74歳未満専用)

下記の者がインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金の請求をします。

請求額  円 × 名 =  円

被保険者番号	接種者氏名	接種日	予防接種を行った医療機関
沖医国		R 年 月 日	
沖医国		R 年 月 日	
沖医国		R 年 月 日	
沖医国		R 年 月 日	
沖医国		R 年 月 日	
沖医国		R 年 月 日	

### ※振込先金融機関

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

※65歳以上の被保険者については各市町村において自己負担された金額について助成を行います。領収書を添付してください。

※65歳未満の被保険者については別様式の請求書をご利用ください。

※令和4年3月31日までの接種者を対象に助成します。