

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	

※医師国保加入の65歳未満の被保険者に対して1人当たり3,000円限度です。
※65歳以上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。