

予防接種時 65 歳未満の被保険者対象

令和5年度 静岡県医師国保組合 感染症予防助成費請求書

(インフルエンザワクチン接種)

令和 年 月 日 提出

() 医師会

(接種被保険者一覧)

被保険者証番号	被保険者氏名	被保険者区分 ○で囲む	接種年月日	接種時 年齢
1		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	
2		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	
3		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	
4		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	
5		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	
6		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	
7		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	
8		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	
9		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	
10		正組合員 正組家族 准組合員 准組家族	令和 年 月 日	

助成費 1,500 円(消費税込) × 人

請求額 合計 円

上記のとおり請求します。(請求期限:令和6年4月30日組合必着)

令和 年 月 日

住 所

正組合員

氏 名

静岡県医師国民健康保険組合 あて

- (注) 1. 64 歳までの医師国保組合の被保険者が対象です。
2. 1 年に 2 回接種しても 1 人 1,500 円 となります。
3. 同一診療所に 2 名以上の正組合員がいる場合は別々に請求してください。
4. 郡市医師会へご提出ください。