インフルエンザ予防接種費支給申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施したいので、予防接種費の給付を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  | （　男・女　） |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | （〒　　　―　　　　　　） |
|  |
| 電話 | 　　　―　　　　―　　　　 |
| 緊急連絡先 |  |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 | 　　　―　　　　―　　　　 |
| 接種予定日 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |
|  | 承認者 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |