

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					