

受 付 日 担 当 者	
電算処理	
支 給 額	

インフルエンザワクチン接種負担金支給申請書（対象者：65歳未満の被保険者）							
※家族・従業員等の領収書を歯科医院で取りまとめて一括請求してください。							
No.	被保険者証			ワクチン接種した 被保険者名	接種日及び費用額		負担金額 (税込) (2,000円上限)
	記 号	番 号	(枝 番)		接種年月日	費用額(税込)	
1	群歯				令和 年 月 日	円	円
2	群歯				令和 年 月 日	円	円
3	群歯				令和 年 月 日	円	円
4	群歯				令和 年 月 日	円	円
5	群歯				令和 年 月 日	円	円
6	群歯				令和 年 月 日	円	円
7	群歯				令和 年 月 日	円	円
8	群歯				令和 年 月 日	円	円
9	群歯				令和 年 月 日	円	円
10	群歯				令和 年 月 日	円	円
負担金額合計(税込)							円
負担金額欄は、費用額が2,000円以上の場合は2,000円、2,000円未満の場合は費用額を記入し、それぞれ加算して負担金額合計欄に記入してください。（年度内1人1回）							
添 付 書 類				領 収 書（インフルエンザワクチン接種とわかるもの）			
負 担 金 振 込 方 法				会費・保険料等引き去り口座あてに一括振込いたします。			
上記のとおり申請いたします。							
令和 年 月 日							
事業所（診療所）				所在地			
				名 称			
事業主（第1種組合員）				氏 名			
群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様							

※振込は申請月の月末に行います。ただし、20日以降の申請は翌月末になる場合があります。