

請 求 書

他院受診用

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 (自署)

インフルエンザ予防接種助成金の請求について

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	

注意事項

- 1) 医療機関が発行する領収書の写しを添付してください。
- 2) 各市町村からの助成金を差し引いて、自己負担された金額分 (上限3,000円) の助成を行います。
- 3) 助成金申請期限は、受診日の属する年度の翌年度5月10日必着とします。  
例: 令和6年4月1日~令和7年3月31日受診分は令和7年5月10日まで

振込先口座 (医師・従業員組合員名義のみ)

※原則、保険料引き落とし口座への振込となります。(その場合記入不要)

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	