

給付コード	給付事由発生年月日	決 定 額
B 0 6	※	※ 円

予防接種負担金補助 請求書

会 員 番 号		請 求 金 額	円
接 種 年 月 日	令和	年	月 日
予 防 接 種 名	インフルエンザ		
<p>《注意事項》</p> <p>(1) 請求書を提出する際は、領収書（原本）を添付してください。 領収書必須記載事項は以下のとおりです。 ①氏名 ②予防接種名 ③予防接種料金 ④接種年月日 ⑤医療機関名及び領収印 領収書に、上記②の予防接種名の記載がない場合は、領収書と同時に発行される診療明細書も添付してください。（別紙1参照）</p> <p>(2) 会員本人が接種した場合に限り請求できます。</p> <p>(3) 請求金額は、1, 0 0 0円と記入してください。</p>			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人青森県教職員互助会理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(〒 -) (TEL - -)</p> <p>所属所所在地</p> <p>所 属 所 名</p> <p>請 求 者 職 名</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			

1 ※欄は記入しないでください。

2 この請求書に記載された個人情報は、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。

<p>〈提 出 先〉 〒030-8540 青森市長島一丁目1-1 青森県教育庁職員福利課内 一般財団法人青森県教職員互助会 TEL 017-734-9914</p>
--