

予 防 接 種 助 成 金 請 求 書

沖縄県教職員互助会 理事長 殿
公立学校共済組合 沖縄支部長 殿

沖縄県教職員互助会文化厚生事業要綱に基づき予防接種助成金を請求します。
公立学校共済組合沖縄支部の給付に基づき予防接種給付金を請求します。

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いします。(修正液等は使用しないで下さい。)

会 員 記 入 欄	会 員 番 号	氏 名	フリガナ		(印)
	勤 務 先 番 号	勤 務 先			
	振 込 先 (本人名義に限る) (点線を で囲って下さい)		銀行 労金	支店	普通預金 口座番号
	住 所		〒 - 電話番号		
	医療機関名				
	予防接種名		インフルエンザ予防接種		
	受 診 日		2 0 年 月 日		
	予防接種料金		円		

決 裁			支部受付
事務局長	事務局次長	係	受付照査

支部記入欄	
公	円
互	円
年 月加入	

支 部 受 付

添付書類：領収書(原本)は、(1)接種者氏名 (2)インフルエンザ予防接種であること (3)接種費用 (4)受診年月日 (5)医療機関名
がわかるもの。
当該年度3月5日(必着)までに申請して下さい。
日付はすべて西暦でご記入下さい。