（保健第２号様式）

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８年４月１日～令和９年３月３１日受診分は令和８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	

Ver.24.05.01