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。

会員記入欄			
会員番号		氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 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		２０　年　月　日	
予防接種料金		円	

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。）

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(会員氏名・医療機関の名称・接種年月日・支払金額・**インフルエンザ予防接種**であることの記載があるもの)
※ 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。