

# 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	<small>カタカナ</small> .....	印	(支部記入欄) 加入年月
	勤務先番号	勤務先			年 月
	振込先 (本人名義に限る) (点線を <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">  </span> で囲って下さい)		銀行 支店 普通預金 口座番号		
	住 所		〒 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> - <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>		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			

上記のことについて相違ないことを証明します。

20      年      月      日

所属団体 \_\_\_\_\_

所属所長 \_\_\_\_\_

公印

上記のことについて副申します。

年      月      日

一般社団法人沖縄県教職員共済会 理事長 \_\_\_\_\_

公印

支 部 受 付

決 裁		年 月 日		支部受付
専務理事	事務局長	事務局次長	係	受付照査

互助会記入欄	
公	
互	

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。

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。)