

様式7

常務理事	部長	課長	係長	係

## 麻疹・風疹予防補助金請求書

令和 年度

令和 年 月 日

千葉県医業健康保険組合 様

任 継

郵便番号 〒	
住 所	
氏 名	(印)
電話番号	

下記のとおり麻疹・風疹予防の検査及びワクチン接種(麻疹・風疹)を実施したので請求いたします  
 ※決定欄には記入しないでください

種 目	件 数	単価(一人当たりの金額)	小 計	合 計
抗体検査	件	円	円	円
ワクチン接種	件	円	円	
※決定欄 抗体検査合計	件	円	円	円
ワクチン接種合計	件	円	円	

補助金振込口座	銀行								支店
種 別	普通	・	当座	口座番号					
(フリガナ) 口座名義									

受付日付印

- ※ 抗体検査(麻疹のみ対象)の実施者に対し、790円(定額)を補助します
- ※ 検査結果報告書の写しを明細書の順番に並べて添付してください
- ※ ワクチンの購入単価の一部を補助します(上限1,200円)
- ※ ワクチンの購入単価がわかるものの写しを必ず添付してください
- ※ 振込口座は、被保険者本人の口座で、銀行へ届け出た名義をご記入ください

### 麻疹・風疹予防補助金請求明細書

事業所記号 8000

項番	証番号	被保険者氏名	性別	検査年月日	ワクチン年月日	請求種別
1						麻・風
2						麻・風
3						麻・風
4						麻・風
5						麻・風
6						麻・風
7						麻・風
8						麻・風
9						麻・風
10						麻・風