

申請書Ⅱ ≪一括請求用 複数の医療機関で接種した場合≫

令和 年 月 日

トマト銀行健康保険組合 行

部署名 _____

責任者 _____ ⑩

担当者 _____

1. 予防接種に係る費用請求

接種者(被保険者) _____ 名

請求額 _____ 円 一人上限 3,500 円(税込)

2. 接種者名簿 (別紙名簿添付でも可)

保険証番号	氏 名	実際の金額(税込)	接種医療機関
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	

3. その他(意見・今後の要望・その他) ご自由に記載してください。

.....
.....

4. 関連会社の方へ・・・振込口座を指定ください。

トマト銀行 本支店 普通預金 No.
名義人

(健保組合使用欄)

振込日	
振込金額	円