

申請書Ⅲ　《一括請求に間に合わず、各個人で請求する場合》

令和　　年　　月　　日

トマト銀行健康保険組合　行

被保険者番号

被保険者氏名 ㊞

連絡先TEL

①　予防接種に係る費用請求額　【一人上限 3,500 円(税込)】

請求額 円

②　接種機関名 _____

③　振込口座　　_____ 本支店

(普通預金) No. _____

フリカ^ナ
名義人 _____

(健保組合使用欄)

振込日	
振込金額	円