

任意継続被保険者記入用

東日本プラスチック健康保険組合 宛

請求書

金 円 (名分)

保険証記号		予防接種請求者名簿				
8888		◆続柄・性別は該当する方に○印を付けてください				
保険証番号	続柄	請求者氏名	性別	生年月日	接種日	支払額
1	0.本人 1.家族	(フリガナ)	1.男 2.女	(西暦) 年 月 日	月 日	円
2	0.本人 1.家族	(フリガナ)	1.男 2.女	(西暦) 年 月 日	月 日	円
3	0.本人 1.家族	(フリガナ)	1.男 2.女	(西暦) 年 月 日	月 日	円
4	0.本人 1.家族	(フリガナ)	1.男 2.女	(西暦) 年 月 日	月 日	円
5	0.本人 1.家族	(フリガナ)	1.男 2.女	(西暦) 年 月 日	月 日	円

上記のとおりインフルエンザ予防接種補助金を請求します。

令和 年 月 日

住所

被保険者氏名

○振込先金融機関

銀行

支店

普通 (口座番号

)

(フリガナ)

口座名義人

◆注意事項

- 振込先口座は、被保険者名義の普通預金口座をご記入ください。
(ゆうちょ銀行(旧 郵便貯金)は、振込用の支店名・口座番号が必要です。)
- 振込先確認のため、通帳またはキャッシュカードの写しを添付してください。

請求書送付先 (株)コンピュータービジネス 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-14 平河町KSビル1階