

那覇市高齢者インフルエンザ予防接種費用償還払い請求書

氏 名(被接種者)	生年月日	住 所

項目	医療機関に支払った額 (消費税込み) A	自己負担を引いた額 B	上限額 C	請求金額 (A、B、Cで最も低い額)
高齢者インフルエンザワクチン	円	(A－1,000円) 円	4,500円	円
高齢者インフルエンザワクチン *生活保護受給者等	円	/	5,500円	円

※上限額を超えた場合、差額は自己負担となります。

① 請求欄

予防接種の償還金として上記の金額を請求します。

年 月 日

那覇市長 宛

請求者氏名	(続柄)
住所	
電話番号	

② 口座振込依頼欄

上記の金額を下記の指定する口座に振り込んで下さい。

金融機関名	銀行	支店
預金の種類	1 普通預金 2 当座預金	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

※請求者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄への記入が必要です。

委 任 欄

那覇市から当方に支払われる予防接種費用の償還金の受領に関する一切の件を、

_____ に委任します。 委任者自署 _____
(口座名義人)
(請求者)

※手続きの際必要なもの

- ☐ 1 予防接種の種類及び接種費用のわかる領収書の原本
☐ 2 予防接種済証などの接種をしたことが確認できる書類(予診票の写しなど)
☐ 3 振込先通帳の写し(支店名とフリガナ表示のあるページ)
☐ 4 運転免許証、マイナンバーカード等請求者本人が確認できる書類
☐ 5 委任状(請求者と口座名義人が異なる場合)※上記に記載されていることを確認

※請求者が被接種者以外(例:施設職員等)の場合、被接種者から委任を受けていることを証明する書類を別途提出してください。
 (任意の様式で構いません)

※担当者記入欄

身分証明書 確認項目

(運転免許証/マイナンバーカード等/その他)

(運転免許証番号/記号番号等)

☐ 氏名 ☐ 生年月日 ☐ 住所 ☐ 健康保険の種類(

) ☐ 番号()

☐ 有効期限()※ある場合

主幹	主査	主事	受付