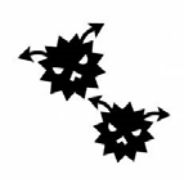

肝炎ウイルス検査助成事業のご案内

被保険者を対象に健康保持増進と医療費適正化のため、肝炎ウイルス検査費用の一部を助成します。

実施要領は次のとおりですので、内容をご確認のうえ申請をお願いいたします。

助成内容

・肝炎ウイルス検査
【B 型肝炎・C 型肝炎検査（どちらか１種目でも可）】

対象者

被保険者
【検査時に資格を有する者（第３種組合員も含む）】

助成金

１人１年度内１回　　上限１，０００円
※実質自己負担額が助成金に満たない場合は、実費を助成

申請方法

提出書類

肝炎ウイルス検査助成費支給申請書
医療機関発行の領収書（写）

申請先

三重県歯科医師国民健康保険組合

申請書を提出する場合は次の点に注意してください

≪注意事項≫

●歯科医院で取りまとめのうえ、申請をお願いいたします。

●領収書は、肝炎ウイルス検査の領収書を添付してください。

●すべて自費（保険診療外）で実施した場合のみ支給対象となります。

三重県歯科医師国民健康保険組合
〒514-0003　三重県津市桜橋二丁目１２０－２
☎０５９－２２７－６４８８

理事長	副理事長	常務理事		事務長	課長	係

肝炎ウイルス検査助成費支給申請書

被保険者 記号番号	氏名	検査年月日	検査費用
		令和　年　月　日	円
		令和　年　月　日	円
		令和　年　月　日	円
		令和　年　月　日	円
		令和　年　月　日	円
		令和　年　月　日	円
		令和　年　月　日	円
		令和　年　月　日	円
		令和　年　月　日	円
		令和　年　月　日	円

上記のとおり助成費を申請します。

令和　　年　　月　　日

第１種組合員住所

氏名　　㊞

三重県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

助成費送金先口座（□にレを入れてください）

□保険料引落口座　　□下記送金先口座

送金先	銀行
金融機関名	＿＿＿＿＿＿＿＿金庫・農協　＿＿＿＿＿＿＿＿支店
預金種類	普通・当座
口座番号	＿＿＿＿＿＿＿＿
フリガナ	
口座名義	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注意事項

＊歯科医院で取りまとめのうえ、申請をお願いいたします。
＊領収書の写しを添えてご提出をお願いいたします。
＊すべて自費（保険診療外）で実施した場合のみ支給対象となります。
＊Ｂ型肝炎・Ｃ型肝炎検査どちらか１種目でも支給対象となります。
＊助成費送金先口座にチェックがない場合は、保険料引落口座に送金いたします。

支給決定金額 ※国保組合記入欄	円