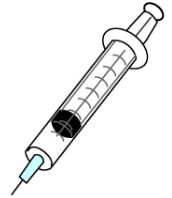




肝炎ウイルス検査助成事業のご案内



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

| 被保険者証 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 |

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

印

三重県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> にレを入れてください 助成費送金先口座 | <input type="checkbox"/> 保険料引落口座 <input type="checkbox"/> 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 | <ul style="list-style-type: none"> * 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 <small>※国保組合記入欄</small> | 円 |
|-----------------------------------|---|