



B型肝炎ワクチン接種助成事業のご案内



組合員を対象に健康保持増進と医療費適正化のため、B型肝炎ワクチン接種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

・B型肝炎ワクチン接種

対象者

組合員【接種時に資格を有する者(第3種組合員も含む)】

助成金

1人1年度内につき 上限5,000円

申請方法

提出書類

B型肝炎ワクチン接種助成費支給申請書
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。

● 領収書には

①氏名 ②接種年月日 ③接種費用 ④医療機関名 ⑤医療機関印(領収印)

⑥「B型肝炎ワクチン接種代」(ワクチン代では不可)が記載された医療機関発行の領収書が必要です。

(領収書に必要事項の記載がない場合は、医療機関に記入をお願いしていただくか、上記が記載された明細書と領収書を併せてご提出下さい。)

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

B型肝炎ワクチン接種助成費支給申請書

被保険者証 記号番号	氏名	接種年月日	接種費用
		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

印

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 <input type="checkbox"/> にレを入れてください	<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

- * 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。
 領収書に必要な記載事項(記載がない場合は医療機関に記入をお願いしていただくか、下記が記載された**明細書も併せて添付**)
 【氏名・接種年月日・接種費用・医療機関名・医療機関印(領収印)・ワクチンの種類：「B型肝炎ワクチン接種代(ワクチン代では不可)」】
- * 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	円
※国保組合記入欄	