

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
		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"> <li>* 歯科医院で取りまとめのうえ、申請をお願いいたします。</li> <li>* <b>領収書の写し</b>を添えてご提出をお願いいたします。</li> <li>* 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。</li> <li>* 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。</li> <li>* 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。</li> </ul>
------	---

支給決定金額 <small>※国保組合記入欄</small>	円
-----------------------------------	---