

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

支給決定金額	円
※国保組合記入欄	