理事長	副理事長	常務理事		事務長	課長	係

帯状疱疹ワクチン接種助成費支給申請書

被保険者 記号番号	被接種者氏名	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　　㊞

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

送金先金融機関名　＿＿＿＿＿＿銀行　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)

【被接種者の氏名・接種年月日・接種費用・医療機関名・ワクチンの種類：帯状疱疹ワクチン接種代(予防接種代、ワクチン代では不可)】

＊助成対象者：接種時に資格を有する**満 50 歳以上の方**になります。【年齢到達前の接種は助成対象外】

＊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