



# 肝炎ウイルス検査助成事業のご案内



組合員を対象に健康保持増進と医療費適正化のため、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

決 裁 年 月 日			年 月 日			
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
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
計			人
<p>上記のとおり助成費を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">第1種組合員住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">⑧</span></p> <p style="text-align: center;">三重県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			
助成費送金先口座 <input type="checkbox"/> にレを入れて下さい	<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	_____		

- \* 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。