



# B型肝炎ワクチン接種助成事業のご案内



被保険者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

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

## 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
		令和 年 月 日	円
計			人

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 殿

<input type="checkbox"/> にレを入れて下さい 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	_____

\* 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。