

常務理事	事務局長	課長補佐	係

## B型肝炎ワクチン接種補助申請書

記号番号	熊歯 .	甲種組合員氏名	
------	------	---------	--

B型肝炎ワクチン接種受診者氏名

提出期限  
・ 年度内  
(3月末)

NO	被保険者記号番号	氏 名	費 用 額 (円)
1	—		
2	—		
3	—		
4	—		
5	—		

補助金 振込先	<p style="text-align: center;">_____銀行_____本・支店</p> <p>普通・当座 口座番号_____</p> <p>フリガナ _____</p> <p>口座名義 _____</p> <p style="font-size: small;">※口座名義等は、振込みに必ず必要ですので正確にご記入ください。</p>
------------	---

上記の者のB型肝炎ワクチン接種補助の領収書を添えて申請します。

平成 年 月 日 千 一

組合員 住 所

氏 名 ㊟

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

必ず下記の注意事項をお読みください。	補助金額
--------------------	------

**※ 領収書（各受診者の氏名記載のもの及びB型肝炎ワクチンと分かるもの）の写しを必ず添付してください。各記載がない場合は医療機関に記載してもらってください。**

（レシートでは原則受けません。必ず上記領収書の写しを添付してください。）

**※ 振込先は、原則として組合員本人の口座をご記入ください。**組合員以外の口座の場合、別紙委任状が必要です。組合宛ご連絡いただくか、ホームページよりダウンロードしてご利用ください。