

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

NO	被保険者記号番号	氏名	費用額(円)
1	—		
2	—		
3	—		
4	—		
5	—		

接種医療機関所在地

接種医療機関名

補助金 振込先	_____銀行_____本・支店
	普通・当座 口座番号_____
	フリガナ 口座名義 _____
	<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。</small>

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

提出期限  
・年度内  
(3月末)

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）の写しを必ず添付してください。**  
（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。