

# B型肝炎補助金支給申請書

被保険者証の 記号・番号	奈組1.				
受診者氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	続柄	
検査等実施 医療機関	住所				
	名称				
項目	検査・接種年月日	判定	費用		
HBs 抗原・抗体検査	令和 年 月 日	抗原+・-抗体+・-	/		
第1回ワクチン接種	令和 年 月 日		円		
第2回ワクチン接種	令和 年 月 日		円		
第3回ワクチン接種	令和 年 月 日		円		
HBs 抗原・抗体検査	令和 年 月 日	抗原+・-抗体+・-	/		
<b>組合補助額</b>	円	合 計	円		

上記のとおり領収書（内訳及び「B型肝炎ワクチン接種代」が明記されているもの）を添えて申請します。

令和 年 月 日

第 種組合員 住 所

氏 名

印

勤務先

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

**※注意事項**

お一人様、年度内3回まで、実費（ワクチン接種）の半額の補助となります。

振 込 先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	<フリガナ>		
	口座名義		

受付番号		支給年月日	
------	--	-------	--

事務長	次 長	係 員