

\*誤記入の際は、二重線の上、訂正印を押してください。

B型肝炎ワクチン予防接種助成費支給申請書  
(予防接種報告書)

被保険者証 (又は組合員証) の番号	記号番号をご記入ください	組合員氏名	組合 三郎
支払金額	円	1コースにおける 初回接種年月日	令和 年 月 日

医療機関 の証明欄	上記の者がB型肝炎ワクチン予防接種（初回分）を受けたことを証明する。	<添付書類> (該当者のみ)
	令和 年 月 日	

**・健診機関より認印を受けられない方**  
 ①領収書の写し(受診者がB型肝炎ワクチン予防接種を行った  
 事実、時期、金額等が明確に判断できるものに限る)

※医療機関の認印を受けていただくか、若しくは領収書のコピー（ただし、B型肝炎ワクチン予防接種（初回分）を行った事実、時期、接種を受けた方の名前、金額等が判断できるものに限ります。）を添付してください。

上記のとおり助成費の支給を申請します。

令和 年 月 日

記入日・申請日

組合員(本人)の住所

組合員住所 静岡市駿河区曲金3丁目3-3-10

氏名 組合 三郎 (印)

組合員(本人)の氏名

静岡県歯科医師国民健康保険組合 様

組合員の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

銀行振込口座番号等（組合員口座）			
振込先金融機関名	預金種目	口座番号	通帳名義人氏名
銀行	普通預金		(フリガナ)
信用金庫			
支店	当座預金		

◎太線の枠内に必要事項をご記入ください。