

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) の記号番号		組合員氏名	
支 払 金 額		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	<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">名 称 _____ 印</p>
--------------	--

※ 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、接種を受けた者の名前、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。

<p>上記のとおり助成費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ 印</p> <p>静岡県歯科医師国民健康保険組合 様</p>
--

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 信用金庫	普通預金		(フリガナ)
支店	当座預金	

◎太線の枠内に必要事項をご記入ください。