

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 の記号番号 (又は組合員証 番号)	(枝番)	(予防接種を受けた) 組合員氏名	
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	<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します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名 称 ㊟</p>
--------------	--

※ 医療機関の認印を受けていただくか、若しくは領収書の写し（ただし、B 型肝炎ワクチン予防接種（初回分）を行った事実、日付、接種を受けた者の名前、金額等が明確に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>(予防接種を受けた) 組合員 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p> <p>静岡県歯科医師国民健康保険組合 様</p>
--

組合員（助成費支給申請者）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。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人（組合員）氏名
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金 その他 ()		(フリガナ)

◎太線の枠内に必要事項をご記入ください。