

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	—		

提出期限
・年度内
(3月末)

補助金 振込先	<p style="text-align: center;">_____銀行_____本・支店</p> <p>普通・当座 口座番号_____</p> <p>フリガナ 口座名義 _____</p> <p style="font-size: 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。</p>
------------	--

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 ①

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

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付けません。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。