

常務理事	事務局長	課長補佐	係

提出期限・年度内（3月末）

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	
	被保険者記号番号	接種者名	費用額(円)
1			
2			
3			
甲種組合員 証明欄		(甲種組合員本人以外の申請時、証明をお願いします。) 上の者本歯科医院の勤務者及び家族であることを証明します。 熊歯・ 組合員氏名 ㊟	
振込先 下記申請組合員の口座をご指定ください。 (それ以外の場合、委任状が必要です。ホームページよりダウンロードしてください。) _____銀行_____本・支店 普通・当座 口座番号_____ フリガナ 口座名義 _____ 番号・名義等の正確な記載をお願いします。			
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。 令和 年 月 日 〒 _____ 組合員住所 氏名 ㊟ 熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			

添付書類

領収書（受診者名・B型ワクチンの明記）の写し

補助金額	
------	--