

組合記入欄	常務理事	事務局

B型肝炎検査・ワクチン接種補助金支給申請書

被保険者証記号番号	氏名	初回抗体検査日	最終抗体検査日
み 歯	(フリガナ)		
A		令和 年 月 日	令和 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		令和 年 月 日	令和 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		令和 年 月 日	令和 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		令和 年 月 日	令和 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		令和 年 月 日	令和 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		令和 年 月 日	令和 年 月 日
組合記入欄	支給額	円	
令和 年 月 日			
上記について領収書及び検査結果表等を添えて申請いたします。			
第1種	〒	—	
	診療所所在地	_____	
第2種	組合員	_____	
第3種	診療所名	_____	
第4種	氏名	(印)	
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			
振込銀行名	銀行		支店 ・ 本店
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金
口座番号	※左詰めで記入願います。		
口座名義人	(フリガナ)		

・申請及び送金先とも、診療所単位とします。（受診医療機関が異なる場合も、まとめて申請願います。）

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・初回抗体検査結果表（写）
- ・最終抗体検査結果表（写） ※ワクチン接種をした場合
- ・抗体検査分領収書（回数分・写し可）
- ・ワクチン接種分領収書（回数分・写し可）

＜FAXでの提出はできません＞