

理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係	支給日	令和	年	月	日
						支給額				円

B型肝炎ワクチン接種助成金申請書

令和 年 月 日

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

〒 ー

所在地 _____

歯科医院名 _____

事業主氏名 _____ ㊞

下記の者のB型肝炎ワクチン接種を実施したので、領収書等を添えて助成金の申請をします。

記

接種日にかかわらず被保険者番号を順に記載してください。

被保険者番号 [枝番]	接種者氏名	抗体検査日 (健診受診日)	初回接種日 最終接種日	接種費用	下記の赤字の部分 に該当しますか
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
鹿歯 鹿歯従 []		年 月 日	年 月 日 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
合計人数	人		合計金額	円	

振込先銀行	金融機関名		支店名	支店			
	預金種目	普通・貯蓄・当座	口座番号				
	フリガナ 口座名義	-----					

対象者：最終接種時点で甲種組合員又は後期高齢者組合員の医療機関においてB型肝炎感染リスクのある業務に従事している被保険者で、かつ本組合が行う集団健診又は脱漏健診を受診した者

助成額：接種者一人につき10,000円を限度とし、実費を支給

申請期限：最終接種日の翌日から起算して2年以内（必着）

必要添付書類：①健診結果の写し（本組合の集団健診又は脱漏健診に限る）、②接種者、接種日、B型肝炎ワクチン代であることが明記された領収書（原本に限る）

※事業所単位で、必要書類を添付して申請してください。（接種者が多く申請書が足りない場合には、コピーしてお使いください。）

提出前のチェックリスト

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 対象者全員分の領収書（原本）が添付されていますか？ | <input type="checkbox"/> 対象者全員分の健診結果の写しが添付されていますか？ |
| <input type="checkbox"/> 領収書は予防接種者がわかるようになっていますか？ | <input type="checkbox"/> 申請書右上部に診療所の所在地、歯科医院名、事業主氏名の記入と押印がされていますか？ |
| <input type="checkbox"/> 領収書は「B型肝炎ワクチン接種代」とわかるようになっていますか？ | <input type="checkbox"/> 振込先口座（口座番号、名義など）の記載誤りはありませんか？ |
| <input type="checkbox"/> 領収書に領収印が押してありますか？ | |