

B型肝炎ワクチン接種補助実施要領

1. 目 的

被保険者の健康保持増進を図る為、疾病の予防による健康管理を目的として B型肝炎ワクチン接種費用について助成補助する。

2. 対象者

佐賀県歯科医師国民健康保険組合の被保険者（甲種組合員・乙種組合員）を対象とする。

3. 補助金

組合は組合員の請求に基づき、B型肝炎ワクチン接種費用を対象として 6,000 円を限度とし補助する。費用が 6,000 円未満のときはその額とする。

3回の標準接種から追加接種までを通算して申請は1回限りとし、6,000円を限度とする。

4. 請求方法

B型肝炎ワクチン接種補助申請書に領収書（コピー可）を添付し組合員が申請する。

令和7年度

B型肝炎ワクチン接種補助申請書

| B型肝炎ワクチン接種受診者氏名 | | | | | |
|---|---|----|-----------|------|-----|
| | 被保険者記号番号 | 氏名 | 接種日 | 検査結果 | 費用額 |
| 1 | 佐歯・ | | 1回目 R . . | | 円 |
| | | | 2回目 R . . | | 円 |
| | | | 3回目 R . . | | 円 |
| 2 | 佐歯・ | | 1回目 R . . | | 円 |
| | | | 2回目 R . . | | 円 |
| | | | 3回目 R . . | | 円 |
| 3 | 佐歯・ | | 1回目 R . . | | 円 |
| | | | 2回目 R . . | | 円 |
| | | | 3回目 R . . | | 円 |
| 4 | 佐歯・ | | 1回目 R . . | | 円 |
| | | | 2回目 R . . | | 円 |
| | | | 3回目 R . . | | 円 |
| 5 | 佐歯・ | | 1回目 R . . | | 円 |
| | | | 2回目 R . . | | 円 |
| | | | 3回目 R . . | | 円 |
| 振込先口座 | 支店 銀行 出張所 普通・当座 フリガナ 口座番号 口座名義 | | | | |
| 上記の者のB型肝炎ワクチン接種補助を領収書を添えて申請します。 令和 年 月 日 組合員 歯科医院名 氏 名 佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿 | | | | | |
| ● 所属する医療機関の甲種組合員証明欄（乙種組合員が申請する場合のみ記入） 上記、申請書のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 甲種組合員 歯科医院名 氏 名 | | | | | |

支給額

円

支給年月日

年

月

日

| | | | | | | |
|-----|-----|---|---|---|--|--|
| 基39 | 基40 | C | 保 | イ | | |
| | | | | | | |