

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。

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					
No.	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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____銀行 支店 出張所 普通・当座 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">フリガナ_____</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 口座番号_____ 口座名義_____ </div>				
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 歯科医院名</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>					
<p>● 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）</p> <p>上記、申請書のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">甲種組合員 歯科医院名</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>					

支給額	円	支給年月日	年	月	日
-----	---	-------	---	---	---

基	C	保	イ		