

C型肝炎抗体検査補助実施要領

1. 目 的

被保険者の健康保持増進を図る為、疾病の予防と早期発見による健康管理を目的としてC型肝炎抗体検査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、1年度（4月～3月）1回のC型肝炎抗体検査費用を対象として1,000円を限度とし補助する。費用が1,000円未満のときはその額とする。

※保険診療の抗体検査費用は補助の対象外とする。

4. 請求方法

C型肝炎抗体検査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。

C型肝炎の検査と基本健診を同時に行った場合は「基本健診補助申請書」もご提出ください。また、領収書にはその旨記入して頂くようお願い致します。

令和7年度

C型肝炎抗体検査補助申請書

C型肝炎抗体検査受診者氏名				
	被保険者記号番号	氏名	実施日	費用額
1	佐歯・		R . .	円
2	佐歯・		R . .	円
3	佐歯・		R . .	円
4	佐歯・		R . .	円
5	佐歯・		R . .	円
6	佐歯・		R . .	円
7	佐歯・		R . .	円
8	佐歯・		R . .	円
9	佐歯・		R . .	円
10	佐歯・		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C型肝炎抗体検査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	B	保	イ		