

受付日 担当者	
電算処理	
支給額	

B型肝炎抗体検査・ワクチン接種負担金支給申請書

組合員の被保険者証記号番号	群 歯	—	(枝 番)
実 施 期 日	抗 体 検 査	令 和	年 月 日
	ワ ク チ ン 接 種	令 和	年 月 日
検 査 ・ 接 種 を 実 施 した 医 療 機 関	所 在 地		
	名 称		
検 査 及 び ワ ク チ ン 接 種 負 担 金 額	(消 費 税 含 む)		
			円
負 担 金 の 振 込 先 金 融 機 関	銀 行 ・ 信 用 金 庫 ・ 信 用 組 合		
	支 店		
	普 通 ・ ()	番 号	
		(フ リ ガ ナ)	
	名 義 人		
<p>上記のとおり別紙証拠書類（領収書明細等）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;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">受 診 者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p>			

※最初の抗体検査と第1回目のワクチン接種料金が組合負担になります。
 ※振込は申請月の月末に行います。ただし、20日以降の申請は翌月末になる場合があります。