

B型肝炎予防接種補助金支給申請書

被保険者証記号番号					
接種者	氏名				
	住所				
接種期間	自	平成	年	月	日
	至	平成	年	月	日
	日間				
接種した医療機関の所在地及び名称	住所				
	名称				
補助金額	金3,000円				
<p>上記のとおり申請致します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">組合員</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様</p>					

振込先金融機関名	銀行 信用金庫 組合 農協	本支店名	店
口座番号	1 普通 ・ 2 当座 ・ 4 貯蓄		
口座名義人氏名 <small>フリガナを必ず記入して下さい</small>	フリガナ		