

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 令和 年 月 日 至 令和 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	
上記のとおり申請致します。 令和 年 月 日 住所 正組合員 氏名 印 愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様		

振込先金融機関名	銀行 信用 農協	金庫 組合	本支店名	店
口座番号	1 普通・2 当座			
フリガナを必ず記入してください 口座名義人氏名	フリガナ			