

B型肝炎補助金請求書

金 円也

但し B型肝炎補助金として
*補助金額は、事前事後の検査に対して 被保険者 13,500円
被扶養者 13,000円
ワクチン接種に対して 被保険者・被扶養者共 15,000円が
上限です。

《受診者名簿》 被保険者 名 計 名
被扶養者 名

記号一番号	氏名	事前検査 年月日	ワクチン接種年月日			事後検査 年月日
			接種の必要が無い場合は「なし」と記入			

令和 年 月 日

住所 〒 -

請求者氏名

電話 ()

☆添付書類☆ 1. 領収書(写)

振込先	金融機関名	銀行 支店番号 () 信金 信組 支店	郵便局 (ゆうちょ銀行に口座のない方) 記号一番号
	預金の種別 口座番号	当座 普通	—
	口座名義	フリガナ	

※振込先は、通帳等を確認のうえ正しくご記入下さい。

※請求者以外の口座に振り込む場合は下の委任状にご記入ご捺印下さい。

私、	は	にB型肝炎補助金の受領に関することを委任します。
令和 年 月 日	住所	
	請求者	氏名