記載例

# B型肝炎補助金請求書

金　83,500円也

（内訳）
事前・事後検査　　ワクチン接種
太郎　13,500(上限)　＋　15,000（3回で上限）
花子　13,500(上限)　＋　6,000（1回で実費）
一郎　13,500(上限)　＋　12,000（2回で実費）

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　１２，０００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　1　名
被扶養者　3　名
計　4　名

| 記号－番号 | 氏　名 | 事前検査年月日 | ワクチン接種年月日 接種の必要が無い場合は「なし」と記入 | | | 事後検査年月日 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9999－99 | 歯科　太郎 | ○.5.10 | ○.7.1 | ○.8.5 | ○.11.7 | ○.12.2 |
| 9999－99 | 歯科　花子 | ○.5.10 | ○.7.1 | なし | なし | ○.7.30 |
| 9999－99 | 歯科　一郎 | ○.5.10 | ○.7.1 | ○.8.1 | なし | ○.8.29 |
| 9999－99 | 歯科　二郎 | ○.5.10 | なし | なし | なし | なし |

平成○年1月7日

事前検査、接種、事後検査すべて終了後に請求してください。

住　所　豊島区北大塚２－１１－１１
氏　名　歯科　太郎　㊞

書類☆　１．領収書(写)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名 | みずほ 銀行 信金 信組　支店番号（　　）　大　塚　支店 | 郵便局（ゆうちょ銀行に口座のない方）記号－番号　－ |
| | 預金の種別 口座番号 | 当座 普通　9999999 | |
| | 口座名義 | フリガナ　シカ　タロウ<br>歯科　太郎 | |

※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。

平成　　年　　月　　日　請求者　住　所
氏　名　㊞