支給決議	支給額	円	理事長	常務理事	担当理事	事務長	次長	担当者	台帳
	決定年月日	年　月　日							
	支給年月日	年　月　日							

B型肝炎ワクチン　接種補助金申請書

１．新規基本
２．追　　加
３．免疫追加

（該当箇所１つに○をつけて下さい。）

被保険者証 記号	被保険者証 番号	氏　名	性別	続柄	接種日	
千歯国		年　月　日生	男 女		１回目　年　月　日	３回目　年　月　日
					２回目　年　月　日	４回目　年　月　日
接種費用額		円	検査代、ワクチン接種代の内訳が分かる ◆ 領収証　添付 ◆			
送金方法（○をつけて下さい）		１．各人の登録済みの給付金口座に振込 ２．先生の登録済みの給付金口座に振込				

上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日

申請人（組合員）　住　所
氏　名　　㊞

千葉県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

１．新規基本（３回基本接種→１５，０００円まで，２回で抗体獲得の場合→１０，０００円まで）
初めて接種した方、初めて組合に申請する方

２．追加接種（接種回数に関係なく ５，０００円まで）
３回基本接種をしても抗体がつかない場合

３．免疫追加（１年毎に ５，０００円まで）
以前、接種により抗体を獲得したが、年数の経過（約２年）に伴い、抗体価が低下した場合の接種

DL