

新型コロナウイルスワクチン接種補助金申請書

被保険者証 記号・番号	接種者名	接種年月日	支払金額	実施期間内の接種 は1回目ですか	決定金額 ※組合使用欄
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	
全歯 -				<input type="checkbox"/> はい	

接種者名の記入欄が足りない場合は、本書をコピーの上、ご記入ください。

実施期間:事業年度の4月1日から翌年の3月末日まで

※実施期間内1回の接種に限り申請可能

申請期限:当該事業年度の終了した年の3月末日支部事務所必着

上記のとおり領収書を添えて申請致します。

必 ず 記 入	(フリガナ)	
	振込先	銀行・金庫 店 組合・農協 出張所
	口座番号	
	口座種別	普 当
	(フリガナ)	
	通帳名義	

年 月 日

郵便番号 〒 _____
住 所 _____

被保険者番号

全歯 - _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____ () _____

※自著の場合は
押印省略可

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

注1: 領収書は、接種年月日、医療機関名、接種者、新型コロナウイルスワクチン接種であることを必ず明記したものであること。

注2: 補助金の額は、実施期間内1回の接種に限り1名につき5,000円を限度とする。支払った額が補助金限度額に満たない場合は、実費分のみ支給。

支 給 金 額	
	円

係



支部長	支部常務	係



※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。