Ｂ型肝炎補助金支給申請書

最終実施日の翌日から２年以内に申請してください。

被保険者証記号・番号 後期高齢者組合員証記号・番号	３２－　(枝番)不要		組合員氏名		
受診者氏名		生年月日	大正・昭和 平成・令和　年　月　日	続柄	
検査等実施医療機関	所在地				
	名称				

項目	検査・接種年月日	判定結果に〇を必ずご記入ください。	費用
ＨＢｓ抗原・抗体検査	令和　年　月　日	抗原　＋・－　抗体　＋・－	￥
第１回ワクチン接種	令和　年　月　日		￥
第２回ワクチン接種	令和　年　月　日		￥
第３回ワクチン接種	令和　年　月　日		￥
ＨＢｓ抗原・抗体検査	令和　年　月　日	抗原　＋・－　抗体　＋・－	￥

上記のとおり領収証を添え申請いたします。（領収証を必ず添付してください。）

令和　　年　　月　　日

組合員（本人）　　住所

氏名　　㊞

ＴＥＬ

神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

決定金額	￥

決裁	理事長	副理事長	常務理事		事務長	次長	課長	担当

振込先	銀行・信金・信組		フリガナ	
	店 支店 出張所	普通・総合・当座・貯蓄 口座番号	名義	

・補助金支給基準については裏面をご確認ください。
・太枠内のすべてをご記入およびご捺印のうえ、申請してください。
・補助金ごとに取りまとめてのお振込みとなります。振込先を必ずご記入ください。
なお、神奈川県歯科医師信用組合以外の口座をご記入の場合は、振込手数料として支給金額から 200 円＋消費税を差引かせていただきます。

◇　問合せ先：神奈川県歯科医師国民健康保険組合　（℡０４５－６４１－５４１８）◇

Ｂ型肝炎補助金を申請される方へ

日頃より当国保組合に対し、ご理解とご協力をいただきまして厚く御礼申し上げます。
下記の内容をご確認のうえ、ご受診およびご申請くだいますようお願いいたします。

＜ 補 助 金 支 給 基 準 ＞

＜１＞　対象者

◆　受診時に当国保組合の資格を有する組合員および家族、後期高齢者組合員の方。

＜２＞　事前検査および事後検査について

【事前検査】「ＨＢｓ抗原・ＨＢｓ抗体検査」の両方を保険診療外で実施している場合に限ります。
【事後検査】必ずしも実施の必要はありません。ワクチン接種後の医師の判断で実施してください。

※　事前検査または事後検査の実施を医療機関等に申し出る際は、
「保険診療外でＨＢｓ抗原・ＨＢｓ抗体検査の両方を実施したい」旨を必ず申し出てください。

＜３＞　Ｂ型肝炎ワクチン接種について

◆　「ＨＢｓ抗原・ＨＢｓ抗体検査」の検査結果から、医師の判断でワクチン接種を実施をした場合が補助金の支給対象となります。

※　ワクチン接種のみ実施の場合は補助金の支給対象になりませんが、「ＨＢｓ抗原・ＨＢｓ抗体検査の両方」保険診療や人間ドック、お住まいの市区町村等の健診等で既に実施している場合は、接種日と判定結果を申請書内に記入した上で申請してください。

＜４＞　補 助 金 額 に つ い て※保険診療外で実施した場合のみ支給となります。

◆　事前検査　：ＨＢｓ抗原・ＨＢｓ抗体検査の両方を実施した場合 2,500 円以内の補助
◆　ワクチン接種　：事前検査結果から医師の判断でワクチン接種を実施した場合 10,000 円以内の補助
◆　事前検査　：ワクチン接種後に医師の判断でＨＢｓ抗原・ＨＢｓ抗体検査実施した場合 2,500 円以内の補助

＜５＞　添付する領収証について　※　すべての領収証を添えて申請してください。

◆　医療費明細書は領収証ではありませんので、領収証の添付が必要です。
◆　接種者・接種日・接種金額･医療機関名がわかること。
◆「ＨＢｓ抗原・ＨＢｓ抗体検査代」または「Ｂ型肝炎ワクチン接種代」が明記されていること。
◆「ＨＢｓ抗原・ＨＢｓ抗体検査以外」の項目が含まれる場合は、内訳が明記されていること。

※　機械印字の領収証に上記の記載がない場合は、医療機関の方に直接明記してもらってください。

＜６＞　申請について　※　最終実施日の翌日から２年以内に申請してください。

◆　補助金支給は年度に１回となります。
医師の判断でワクチン接種される場合や事後検査を実施する場合は、すべて終了後にご申請ください。

神奈川県歯科医師国民健康保険組合
電 話　０４５－６４１－５４１８