（様式 65 号）

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　　－				□　はい	
全歯　　－				□　はい	
全歯　　－				□　はい	
全歯　　－				□　はい	
全歯　　－				□　はい	
全歯　　－				□　はい	
全歯　　－				□　はい	
全歯　　－				□　はい	
全歯　　－				□　はい	
全歯　　－				□　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　〒　　－

組合員　住　　所

被保険者番号

全歯　　－　　氏　　名　　㊞　※自署の場合は押印省略可

電話番号　（　　）

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、実費分のみの支給。

支給金額	係
円	

本部受理
受付印

支部長	支部常務	係

支部受理
受付印

※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。