

組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					

報告日：令和 年 月 日

(様式第1号)

東京都医業健康保険組合理事長殿

〒 ()

事業所記号(4桁)	
-----------	--

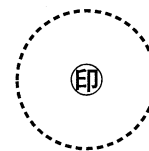
所在地

事業所名

事業主名

ご担当者名

ご連絡先



※印鑑漏れ、記入漏れが無いかご確認ください。

令和4年度 B型肝炎ワクチン接種実施報告書

B型肝炎ワクチン接種について、下記のとおり実施いたしましたので報告します。

実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
実施被保険者数	男性 人 女性 人 合計 人
実施医療機関名	
備考	

費用 振込銀行	銀行情報	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預種	金別	普通・当座
		銀行コード	店番			
	フリガナ					
	口座名義			口座番	座号	

(口座名義は金融機関への届け出の通りに記入してください。)

注意

- この報告書には、B型肝炎ワクチン接種実施者リストを添付して、提出してください。
- 補助金の対象は、年度につき1人1回のみです。
- この報告書は、実施した日から10日以内に提出してください。
- 費用振込銀行は、事業所取扱の口座を記入してください。
- 令和4年度の報告書提出最終締め切りは令和5年4月7日組合必着です。早期のご提出にご協力をお願いいたします。

B型肝炎ワクチン接種実施に要した費用の明細

事業所記号(4桁)	
-----------	--

※B型肝炎ワクチン接種費用が補助金限度額を上回った場合は自己負担が発生し、下回った場合は実際にかかった費用のみのお支払いとなります。

	補助金限度額	実施被保険者数	金 額
組合記入欄	3,000円	人	円

B型肝炎ワクチン接種実施者リスト

事業所記号

被保険者証番号	氏名	HBs抗原・抗体検査報告				B型肝炎ワクチン接種日
		検診日	抗原	抗体		
				+-	単位(mIU/ml)	
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日
		年 月 日	-	+-	mIU/ml	年 月 日

[注] 1. HBs抗原・抗体検査報告は、B型ワクチン接種以前の血液検査の結果を記入してください。
 2. 検査結果の+-のいずれかを○で囲んでください。
 3. 健康保険または労災保険の給付の対象となっている人は、B型肝炎ワクチン接種の補助は受けられません。