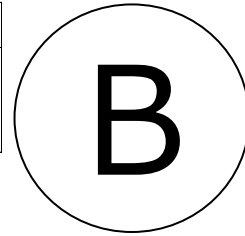


※組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	¥					



(様式第1号)

申請日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長 殿

事業所記号(4桁)	
-----------	--

〒 (-)

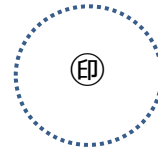
所在地

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6年度

B型肝炎ワクチン接種補助金交付申請書

B型肝炎ワクチン接種を下記のとおり実施しましたので、補助金の交付を申請します。

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			

■この申請書には、「B型肝炎ワクチン接種実施者リスト」を必ず添付してください。

費用 振込銀行	金融機関	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			口座番号	
	口座名義				

(口座名義は金融機関への届け出のとおりに入力してください。)

※補助金の申請は年度につき1人1回のみです。

※この申請書は、実施した日から14日以内に提出してください。

※「費用振込銀行」欄は、事業所取扱の口座を記入してください。

※令和6年度実施分の最終提出期限は、令和7年4月5日組合必着です。

～締め切り後の申請はできませんので、ご注意ください～

【提出先】〒160-0012 東京都新宿区南元町4番地 東京都医業健康保険組合・健康推進課

補助金明細表

事業所記号 (4桁)	
---------------	--

※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生じた費用のみをお支払いします。

	補助金限度額	実施者数	金額
B型肝炎ワクチン接種	3,000円	人	円

～補助金申請に必要なもの～

- ① B型肝炎ワクチン接種補助金交付申請書
 - ② 補助金明細表
 - ③ B型肝炎ワクチン接種実施者リスト
 - ④ 領収書の写し（※事業所が実施医療機関へ、全額支払いをした場合。）
- ※組合より配布したものについては、①と②は表裏一体となっております。

B型肝炎ワクチン接種実施者リスト

事業所記号		◆証番号は、番号順に記入してください。				
証番号	氏名	HBs抗原・HBs抗体検査結果				B型肝炎ワクチン 接種日
		検査日	HBs 抗原	HBs抗体		
				+・-	単位 (mIU/ml)	
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .
		R . .	-	+・-	mIU/ml	R . .

- HBs抗原・HBs抗体検査結果は、B型肝炎ワクチン接種日より前の検査結果を記入してください。
- 検査結果の「-」「+・-」の部分は、当てはまる方に○をつけてください。
- ご記入漏れなどがある場合は、お支払いまでにお時間をいただく場合があります。予めご了承ください。