

带状疱疹ワクチン接種 補助金申請書 (50歳以上)

被保険者等の 記号・番号	-	被保険者 氏名	在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく 給付金の受領を事業主に委任します。
予防接種した 医療機関名			

接種したワクチン	接種金額	接種日			回数
レ印をつけてください <input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン ※2回分をまとめて申請ください	(2回の場合は合計) 円	年	月	日	回
		年	月	日	回

★補助対象者は、接種日時時点で50歳以上の東プレ健康保険組合の被保険者(本人)のみです。

★生ワクチンは1人5,000円を上限に補助、不活化ワクチンは1人10,000円(2回分)を上限に補助します。
(当健康保険組合の被保険者期間中に一度限り)

領収証貼付欄

※ 医療機関発行の領収証原本を貼付してください。

(接種日、接種した人の氏名、带状疱疹ワクチンと明記してあるもの)

※ 領収証を紛失した場合は補助できませんのでご注意ください。(領収証の返却はできません。)

※ 不活化ワクチンは2回目接種後に申請してください。

※ 公費優先とし、市区町村から助成がある場合は、補助を受けた後の実費を申請してください。

★裏紙での申請は出来ません。

★ワクチン接種終了後、2か月以内に健保に届くように事業所へ
申請してください。

(不活化ワクチンの場合は2回目終了後)

※健保へ直接提出ではありませんのでご注意ください。