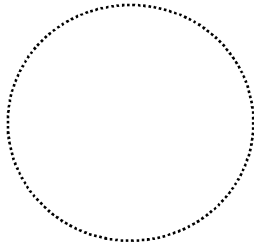


支部受付印



本部受付印

常務理事	事務局長	課長	係長	係員

支給決定日	令和 年 月 日	支給決定額	円
-------	----------	-------	---

〈 上は記入しないで下さい。〉

様式保第9号

带状疱疹予防接種補助金交付申請書

被保険者証	記号	87-	番号	
氏名			続柄	本人・家族
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)			
ワクチンの種類 (○をつけてください)	1. 生水痘ワクチン (ビケン) 2. 不活化ワクチン (シングリックス)	医療機関名		
接種日	接種年月日	支払額	申請額 (上限 2,500 円)	補助金額 (記入不要)
1回目	R 年 月 日	円	円	円
2回目	R 年 月 日	円	円	円
合計		円	円	円

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

組合員 住所

署名

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合理事長殿

○注意事項

- 初回の接種日当日に満50歳以上の方が補助の対象です。
- 自治体等から補助を受けられる場合は、接種費用の自己負担のうち2,500円を上限として補助します。
- 補助は生水痘ワクチンが5年に1回、不活化ワクチン(シングリックス)は10年に1回です。
- シングリックスは1回目の接種から6ヵ月以内に2回目の接種を実施、2回分を合わせて申請してください。
- 医療機関が発行する領収書(写し)の提出が必要です。なお領収書には次の項目の記載が必要です。
 - 予防接種を受けた日
 - 予防接種を受けた者の氏名
 - 医療機関名
 - 予防接種に要した費用
 - 「带状疱疹予防接種」であることの明記(単なる予防接種代だけでは不可)
 - ワクチンの種類

※事業所の代理払いではできません(領収書の宛名は個人名に限ります)。