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

帯状疱疹予防接種補助金交付申請書

被保険者	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

（１）初回の接種日当日に満 50 歳以上の方が補助の対象です。
（２）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。
（３）補助は生水痘ワクチンが 5 ヵ年に 1 回、不活化ワクチン（シングリックス）は 10 ヵ年に 1 回です。
（４）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。
（５）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。
①予防接種を受けた日　②予防接種を受けた者の氏名　③医療機関名　④予防接種に要した費用
⑤「帯状疱疹予防接種」であることの明記（単なる予防接種代だけでは不可）⑥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）。