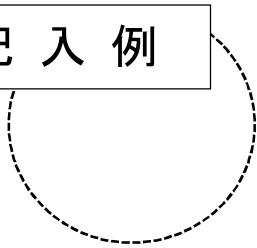
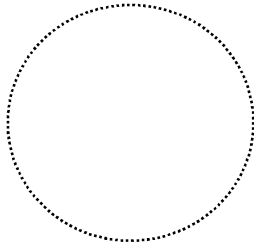


記入例



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- 1324	番号	1324
氏名	国保 太郎		続柄	本人・家族
生年月日	昭和 32 年 3 月 24 日 (67 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	田中クリニック	
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 6 年 6 月 5 日	21,450 円	2,500 円	円
2回目	R 6 年 8 月 15 日	21,450 円	2,500 円	円
合計		42,900 円	5,000 円	円

上記のとおり申請いたします。

令和 6 年 9 月 10 日

組合員 住 所 東京都新宿区市谷田町 2 - 2 9

署 名 国保 太郎

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 カ年に 1 回、不活化ワクチン (シングリックス) は 10 カ年に 1 回です。
- (4) シングリックスは 1 回目の接種から 6 カ月以内に 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 「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)
- 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)。