

決 裁	理 事 局 長	次 長	課 長	課長補佐	担 当	決定日	年	月	日
						資 格 得	年	月	日
						資 格 喪	年	月	日
補助金額						備考	円		

带状疱疹ワクチン補助金支給申請書

記 号 ・ 番 号	88 - .				
接種を受けた被 保険者の氏名等	氏 名			続柄	
	生 年 月 日	年	月	日	年齢
医療機関名					
接種を受けた日	年 月 日				

● 注意事項

- この補助金は次に定める額とします。
 - ・ 組合員及び世帯に属する**50歳以上**の被保険者が対象となります。
 - ・ **令和7年4月1日以降に接種**した带状疱疹ワクチンが対象となります。
 - ・ 年度、ワクチンの種類、接種回数に関わらず**1回に限り5,000円を限度**として補助します。
- 領収書には次の項目が必要となります。
 - ・ 予防接種を受けた者の氏名
 - ・ 接種日
 - ・ 接種費用
 - ・ 医療機関名
 - ・ 带状疱疹ワクチンを接種したことが明記されていること

◎領収書の原本を添付して申請してください。

上記のとおり申請します。なお、上記带状疱疹ワクチン補助金の受領を下記受任者に委任します。

年 月 日

住所

組合員

氏名

東京建設職能国民健康保険組合 理事長 殿

記

受付日

(組 任 者 長)	支部名	_____
	住所	_____
	氏名	_____