

| | | | | | | | | | |
|--------|---------|-----|-----|------|-----|-------|---|---|---|
| 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 | | |

带状疱疹予防接種補助金支給申請書

| | | | | | |
|--------------------|---------|---|---|----|-----|
| 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。
 - ・ 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
 - ・ 带状疱疹予防接種を受け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、上記带状疱疹予防接種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 | _____ |