

带状疱疹ワクチン補助金支給申請書

最終接種日の翌日から2年以内に申請してください。

被保険者証記号・番号 後期高齢者組合員証記号・番号		32-12345678		(枝番) 不要	組合員 氏 名		国 保 太 郎				
接種者氏名		国 保 太 郎		生 年 月 日		大正昭和47年7月31日		続柄		本人	
実施医療機関		所在地		横浜市西区みなとみらい〇〇—〇							
		名 称		〇〇健診クリニック							
項 目		接種年月日				費 用					
带状疱疹ワクチン接種 【ビゲン又はシングリックス(※)】		令和 5 年 4 月 28 日 【※2 回分申請の場合は両日ともご記入ください】				¥ 9,000 【※2 回分申請の場合は合計金額をご記入ください】					
上記のとおり領収証を添え申請いたします。(領収証を必ず添付してください。) <※シングリックスを接種された方> 1 回分の接種費用が 5,000 円以上の場合・・・1 回分の領収証を添付してください。 1 回分の接種費用が 5,000 円未満の場合・・・2 回分の領収証を添付してください。 令和 5 年 5 月 15 日 組合員 (本人) 住所 横浜市中区住吉町6-68 氏名 国 保 太 郎 印 TEL 045-641-5418											
神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					決 定 金 額		¥				
決	理事長	副理事長	常 務 理 事		事務長	次 長	課 長	担 当			
裁											

振 込 先	神奈川県歯科医師		銀行・信金・信組		フリガナ	コクホ タロウ	
	店 支店 出張所	普通・総合・当座		名 義	国 保 太 郎		
		口座番号	7 6 5 4 3 2 1				

・補助金支給基準については裏面をご確認ください。

・太枠内のすべてをご記入及びご捺印のうえ、申請してください。

・補助金ごとに取りまとめたお振込みとなります。振込先を必ずご記入ください。

なお、神奈川県歯科医師信用組合以外の口座をご記入の場合は、振込手数料として支給金額から200円＋消費税を差引かせていただきます。

◇ 送付先・問合せ先：神奈川県歯科医師国民健康保険組合 ◇
住所：〒231-0013 横浜市中区住吉町 6-68 電話：045-641-5418

《 带状疱疹ワクチン補助金について 》

・ 対象者

次の①と②の両方に該当する方

- ① 令和5年4月1日以降に予防接種を受けた当国保組合に資格を有する被保険者(組合員・家族)及び後期高齢者組合員の方。
- ② 接種日において満50歳以上の方。

・ 補助金額

ワクチンの種類・接種回数・年度にかかわらず1回限り 5,000円以内の補助

申請方法

- ① 带状疱疹ワクチン補助金支給申請書
- ② 領収証

～添付する領収証について～

- シングリックスを接種された方
 - ・1回分の接種費用が5,000円以上の場合・・・1回分の領収証を添付してください。
 - ・1回分の接種費用が5,000円未満の場合・・・2回分の領収証を添付してください。
- 医療費明細書は領収証ではありませんので領収証の添付が必要です。
- 接種者・接種日・接種金額・医療機関名がわかること。
- 領収証に「带状疱疹ワクチンと記載が無い場合」や「带状疱疹ワクチン以外の医療費が含まれている場合」、医療機関の方に内訳等を記載していただいでください。

・ 支給方法

補助金ごとに取りまとめでのお振込となります。振込先を必ずご記入ください。
なお、神奈川県歯科医師信用組合以外の口座をご記入の場合は、振込手数料として支給金額から200円+消費税を差し引かせていただきます。

・ 申請期限

最終接種日の翌日から2年以内に申請してください。

◇ 問合せ先:神奈川県歯科医師国民健康保険組合 (電話 045-641-5418) ◇

【記載例】

带状疱疹ワクチン補助金支給申請書

枝番の記入は不要です

最終接種日の翌日から2年以内に申請してください。

被保険者証記号・番号 後期高齢者組合員証記号・番号	32-12345678	(枝番) 不要	組合員 氏 名	国 保 太 郎
接種者氏名	国 保 太 郎	生 年 月 日	大正・昭和 ●●年●月●日	続柄 本人
実施医療機関	所在地 名 称	横浜市中央区住吉町6-68 横浜診療所		
項 目	接種年月日		費 用	
带状疱疹ワクチン接種 【ビゲン又はシングリックス(※)】	令和 ●年 ●月 ●日 【※2回分申請の場合は両日ともご記入ください】		¥ 8,800 【※2回分申請の場合は合計金額をご記入ください】	