

|                       |      |                   |   |      |     |  |     |
|-----------------------|------|-------------------|---|------|-----|--|-----|
| 健<br>保<br>使<br>用<br>欄 | 伺年月日 | 年 月 日             |   | 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|                       | 補助額  | 带状疱疹<br>(不活化ワクチン) | 円 |      |     |  |     |

带状疱疹予防接種補助金申請書

太枠内をご記入ください

|                          |                                                                 |                                                                                          |  |                   |                 |    |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-----------------|----|
| 静岡鉄道健康保険組合理事長殿           |                                                                 |                                                                                          |  |                   |                 |    |
| 下記のとおり申請します。             |                                                                 |                                                                                          |  | 住所<br>被保険者の<br>氏名 |                 |    |
| 事業所名                     |                                                                 | 健康保険の<br>記号 - 番号                                                                         |  | -                 |                 |    |
| 受診者氏名                    |                                                                 | 年 齢<br>(接種日に50歳以上)                                                                       |  | 才                 | 続柄              | 本人 |
| 健診機関名                    |                                                                 | 受 診 日                                                                                    |  | 令和 年 月 日          |                 |    |
| 带状疱疹の<br>予防接種で<br>支払った金額 |                                                                 | 不活化ワクチン<br>(※生ワクチンは対象外です)                                                                |  | 円                 | (補助額上限 10,000円) |    |
|                          |                                                                 | ※お住まいの市町により、带状疱疹ワクチンの助成制度がある場合があります。助成がある場合は、助成金を差し引いた金額を記入してください。                       |  |                   |                 |    |
| 確認欄 (✓をつけてください)          |                                                                 | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。<br>①申請者本人（被保険者）が作成したものである。<br>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |  |                   |                 |    |
| <input type="checkbox"/> |                                                                 |                                                                                          |  |                   |                 |    |
| 委<br>任<br>条<br>項         | <input type="checkbox"/> 上記の申請について、事業主を代理人と定め、本補助金に関する権限を委任します。 |                                                                                          |  |                   |                 |    |
|                          | 年 月 日                                                           |                                                                                          |  |                   |                 |    |

※ 带状疱疹ワクチンの補助は、接種日に50歳以上の被保険者が対象となります。

※ 補助対象のワクチンは、不活化ワクチン（2回接種）となります。生ワクチン対象外とします。

※ お住いの市町で助成が受けられる場合は、助成金を差し引いた金額について10,000円（上限）を補助します。

※ かかりつけ医等、医療機関にかかっている場合は、带状疱疹予防接種について主治医の指示に従ってください。

【添付書類】

1. 健診機関に支払った領収書の原本（1回目の接種で補助上限の10,000円を超える場合は、1回分の領収書添付のみで可）

④带状疱疹ワクチン「不活化ワクチン」の接種の記載があるものを添付してください。

受付日付印