

組合使用欄

事務長	課長	課長補佐	係長	係員	带状疱疹ワクチン接種	名	円
					疾病予防費		円

令和7年度 (接種期間 令和7年4月1日～令和8年3月31日)

带状疱疹ワクチン接種補助金支給申請書

年 月 日

観光産業健康保険組合 理事長 殿
 带状疱疹ワクチン接種を実施いたしましたので補助金の支給を申請します。
 なお、事業所口座への振込は接種者の了承を得ています。

事業所記号

--	--	--

事業所所在地

事業所名

代表者名

事務担当者名

(担当者直通) TEL ()

振込先	銀行 信用金庫 信用組合				支店	預金種別	1. 普通 ・ 2. 当座															
金融機関コード					支店コード		口座番号															
フリガナ																						
口座名義																						

- * 太線の中をご記入ください。(押印不要)
- * 予防接種補助事業の振込先として登録できる口座は、事業所記号1件につき1つです。

【申請に必要な書類】

1. 带状疱疹予防接種 様式1 (事業所記入用)
2. 領収書の写し (A4用紙にコピー)

【提出期限】

事業所担当者が取りまとめのうえ、接種した月の翌月15日 (当組合必着) までに提出してください。

※最終締切日は令和8年4月15日 (当組合必着) まで。(締切を過ぎますとお支払ができません)

【提出先】

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町1-44-2 神田TNKビル4階
 観光産業健康保険組合 総務課 保健事業係宛

【その他】

振込先は個人の口座ではなく、必ず事業所口座を記入してください。

令和7年度(接種期間 令和7年4月1日~令和8年3月31日)
 带状疱疹ワクチン接種補助金支給明細書

事業所 (健康保険記号)		事業所名				支給額 (組合記入欄)	
接種日	健康保険 番号	接種を受けた人の氏名	続柄	年齢	窓口支払額		
			本人 家族		円	円	円
			本人 家族		円	円	円
			本人 家族		円	円	円
			本人 家族		円	円	円
			本人 家族		円	円	円

(健康保険の記号番号は、保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書のほか、マイナポータルでも確認できます)

----- 注意事項 -----

- ① 補助の対象者は、予防接種時に被保険者及び被扶養者であること。
- ② 年度末の年齢が50歳以上であること。
- ③ 令和7年4月1日から令和8年3月31日までに接種した費用に対し、補助金を支給します。
- ④ **1人6,000円**を補助限度額とし、補助限度額を超えた接種費用については本人負担とします。
- ⑤ **年度やワクチンの種類にかかわらず、1人1回限りの補助**とします。
- ⑥ 自治体の助成を受けている場合、助成分を差し引いた後の自己負担分に対する補助とします。
- ⑦ 補助金申請の際は、必ず領収書の写し(A4用紙にコピー)を添付し、事業所担当者が取りまとめの上、接種した月の翌月15日(当健保必着)までに提出してください。

【領収書必須記載事項】

接種者氏名・接種年月日・医療機関名・接種費用・带状疱疹ワクチン接種費用と明記されているものを添付してください。(2回接種の場合、1回目、2回目、合算のいずれの領収書でも提出可。ただし、当組合からの補助は1回限り。)

領収書だけでは必須記載事項が満たされない場合は医療機関に追記を依頼するか、明細書や接種証明書等の補完できる書類を、領収書と併せて提出してください。