

係	事務長	常務理事	理事長

带状疱疹予防接種補助申請用紙（市町村補助あり）

■接種補助の対象者の確認（該当にチェック）

☐	①予防接種日に日本特殊陶業健康保険組合の被保険者または被扶養者である。
☐	②予防接種日に50歳以上65歳未満である。
☐	③過去に带状疱疹接種を受けたことがない。 過去に带状疱疹予防接種を受けたことがあり、日特健保より費用ほどを受けたことがある方は、健康保険組合までご連絡をお願い致します。 過去の履歴を確認します。接種3回目まで補助可能です。

■被保険者の情報

被保険者の記号番号	(記号) (番号)	被保険者氏名	
被保険者生年月日	昭和・平成 年 月 日		

■補助を申請する対象者(接種者)の情報

接種者氏名		続 柄	本人・家族
接種者の生年月日	昭和・平成 年 月 日		
市町村の費用補助	あり・なし		
接種医療機関名			
ワクチンの種類	☐ ①生ワクチン（ビゲン）	☐ ②不活化ワクチン（シングリックス）	
接種日（1回目）	令和 年 月 日	接種金額（1回目）※	円
↓↓↓ 1 回目に不活化ワクチン（シングリックス）を接種した方で 2 回接種した方のみ記入してください ↓↓↓			
接種日（2回目）	令和 年 月 日	接種金額（2回目）※	円
備考	②不活化ワクチン（シングリックス）を1回で終了する場合、理由を記入してください。		

※接種金額は、医療機関に支払った带状疱疹予防接種費用から市町村の補助金額を差し引いた金額を記入してください。

■市町村の補助金

自治体の補助を利用する場合、補助金額がわかる書類を添付してください。市町村のチラシ、ホームページ印刷可。

補助金額（1回目）	円	補助金額（2回目）	円
-----------	---	-----------	---

上記のとおり請求いたします。	
会社名: _____	令和 年 月 日
所 属: _____	被保険者氏名: _____
(TEL) _____	

健康保険組合記入欄			
ワクチン種類	生ワクチン（ビゲン） ・ 不活化ワクチン（シングリックス）		
接種回数	1回 ・ 2回	接種費用計	
市町村補助金額		健保補助金額	

【申請上の注意事項】※必ずお読みください。

※本文中の年齢は、接種日での年齢となります。

① 補助回数について

- ・①生ワクチン（ビゲン）は1回接種後、申請してください。
- ・②不活化ワクチン（シングリックス）は2回接種後、申請してください。

② 補助額について

- ・接種費用から市町村からの補助金を差し引いた金額で、接種1回につき最大20,000円までを補助します。

③ 申請方法について

- ・こちらの補助申請用紙に必要事項を記入し、領収書（**原本**）を添付して、日特健保まで提出してください。

④ 領収書について

- ・領収書は返却しません。必要な方はあらかじめコピーをとった上で原本をご提出ください。
- ・添付する領収書(原本)には下記の記載が必須項目となります（レシート不可）。
 - ①接種者氏名、②接種実施日、③接種金額、④医療機関名、⑤医療機関の住所及び電話番号、
 - ⑥帯状疱疹予防接種代であることが記載※されている（「予防接種」だけでは不可）
- ・医療機関領収印は必須ではありません。

⑤ 支給について

- ・補助金は事業所経由で、毎月20日締め、2ヶ月後給与振込みとなります。
 - ※ただし、事業所により支給日が異なる場合がございます。
- ・任意継続の方は加入時に登録した口座へ毎月20日締め、2ヶ月後の月末に振込みします。

⑥ その他

- ・補助申請用紙は、接種者1人につき1枚必要です。
- ・65歳以上の方で、予防接種法により定期接種補助の対象となっている方は日特健保の補助は利用できません。
- ・補助の対象は日本国内での接種に限ります。

健保受付印

領収書（原本） 添付用紙

※※ 必須項目 ※※

①接種者氏名 ②接種実施日 ③接種金額 ④医療機関名 ⑤医療機関の住所及び電話番号

⑥带状疱疹予防接種代であることが記載※されている（「予防接種」だけでは不可）

※領収書に「带状疱疹予防接種」の記載がない場合、診療報酬明細書を添付してください。

1回目接種領収書

領収書（原本） 添付用紙

※※ 必須項目 ※※

①接種者氏名 ②接種実施日 ③接種金額 ④医療機関名 ⑤医療機関の住所及び電話番号

⑥带状疱疹予防接種代であることが記載※されている（「予防接種」だけでは不可）

※領収書に「带状疱疹予防接種」の記載がない場合、診療報酬明細書を添付してください。

2回目接種領収書

※ 1 回目に不活化ワクチン（シングリックス）を接種した方で
2 回接種した方のみ