

様式番号	
施	10

带状疱疹ワクチン接種 補助金支給申請書

保険証	記号			番号			事業所の名称						
接種を受けた方を記入	氏名		年齢	続柄区分	接種日				接種費用(税込)				
					令和		年		月		日		円
					令和		年		月		日		円
					令和		年		月		日		円
					令和		年		月		日		円

※5名を超える場合は、申請書をコピーしてお使いください。

補助申請額(合計)	補助金は予防接種を受けた方1人につき5,000円(1人1回まで) ※接種費用が5,000円以下の場合は実費を支給いたします。	円
------------------	---	---

上記のとおり、带状疱疹ワクチン接種を行いましたので、補助金支給の申請をいたします。

令和 年 月 日

住所
被保険者
(自署)
氏名

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

領収書貼付欄

接種機関が発行した「領収書(原本)」をここに貼付(のり付け)してください。

- 領収書に必要事項の記載が無いものについては補助対象外となります。
- 領収書の宛名が補助対象となる被保険者・被扶養者名以外の領収書は受理いたしません。
- 領収書は、返却できません。
- 領収書には①～⑤の項目すべての記載が必要です。
(レシートは不可)
 - 接種年月日
 - 接種機関名と接種機関の印(または領収印)
 - 接種を受けた方の氏名(フルネーム)
 - 接種内容: 带状疱疹ワクチン接種費用が明記
 - 接種費用

<留意事項>

- 補助対象者は、接種日に当組合の資格を有する当該年度60歳以上の被保険者・被扶養者であって、被保険者は資格取得から1ヵ年経過後、被扶養者はその条件を満たした被保険者の被扶養者として認定を受けていること。ただし、□補助は、北農健保組合加入期間内につき1人1回限りとなります。また、公費接種や市町村等より補助を受けられる場合は、補助対象外となります。
- この申請書は事業所に提出願います。
- 本申請で得た個人情報、当組合個人情報保護管理規程を遵守し厳重に管理するとともに、带状疱疹ワクチン接種補助の目的以外には一切使用いたしません。