

带状疱疹ワクチン接種 補助金申請書 (50歳以上)

デサント健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請いたします。

※ 世帯分まとめて一度に申請ください。

		①申請日	年	月	日			
被保険者	②記号							
	③番号							
	④氏名							
	⑤生年月日	年	月	日				
⑥振込先 ※被保険者名義に 限ります。	銀行 ・ 信用金庫 支店							
	(銀行コード)				(支店コード)			
	普通預金	口座番号						
	口座名義	(かかけで記入)						

※ 接種した方、全員分ご記入ください。

本人	⑦接種者氏名	⑧続柄	⑨生年月日	⑩年齢
				年 月 日
	⑪接種したワクチン名	⑫接種金額	⑬接種日	⑭回数
	<small>レ印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン(生ワクチン) <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン(不活化ワクチン) ※2回分をまとめて申請ください。</small>	円	年 月 日	年 月 日

家族	⑦接種者氏名	⑧続柄	⑨生年月日	⑩年齢
				年 月 日
	⑪接種したワクチン名	⑫接種金額	⑬接種日	⑭回数
	<small>レ印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン(生ワクチン) <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン(不活化ワクチン) ※2回分をまとめて申請ください。</small>	円	年 月 日	年 月 日

⑮ **領収書(原紙)を裏面にのり付けしてください。** (紛失防止のため必ずお願いします。)

※ 領収書は個人名(フルネーム)で、ご利用者すべての氏名を明記してください。

※ 但書に「带状疱疹ワクチン接種代金」と明記してください。

【補助金額】	<ul style="list-style-type: none"> ■ 被保険者 乾燥弱毒生水痘ワクチン(生ワクチン) 1人 5,000円 <li style="padding-left: 20px;">带状疱疹ワクチン(不活化ワクチン) 1人20,000円 ■ 被扶養者 乾燥弱毒生水痘ワクチン(生ワクチン) 1人 3,000円 <li style="padding-left: 20px;">带状疱疹ワクチン(不活化ワクチン) 1人10,000円 <small>※市区町村から補助がある場合は対象外です。 ※带状疱疹ワクチン(不活化ワクチン)は、2回分をまとめて申請ください。</small>
【接種期間】	■ 4月1日～3月末日まで
【送付先】	■ デサント健康保険組合 〒556-0017 大阪市浪速区湊町1-2-3 マルイト難波ビル13階
【支払日】	<ul style="list-style-type: none"> ■ 毎月月末までに健康保険組合へ届いた分について内容の確認を行い、翌月末日(金融機関が休日等の場合は前営業日)にご希望の口座(被保険者名義)に振込みます。 ■ 「支給決定通知書」によるお知らせはありません。通帳への記帳によりご確認ください。

2024.04

※健保記入欄

補助金額		円
------	--	---