



常務理事	事務長	職員

令和 年 月 日

带状疱疹予防接種補助金申請書(家族)

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名	印					
事業所				所属部署					
利用した施設・病院名									
被扶養者(接種者)氏名									
接種日	令和	年	月	日	接種費用	円			
支払金融機関	[銀行コード]			銀行 金庫 信組	[支店コード]		本店 支店 出張所	預金種別	普通 当座
	口座番号					口座名義(カナ)			

～申請書提出の際の注意事項～

- 補助の対象は、被扶養者(当健保組合の保険証を持っている被扶養者)です。
- 補助金の上限は20,000円までとなります。(上限に満たない場合は、実費をお支払いします)
- 領収証(原本)を下欄に添付してください。(領収証のない場合は、無効となります。)

－ 領 収 証 添 付 欄 －

提出時はここにホチキス止め又はクリップ止めをお願い致します

健保組合 記入欄	支給日	令和	年	月	日	補助金額	円
-------------	-----	----	---	---	---	------	---