

個人⇒健保

带状疱疹ワクチン補助申請書

(50歳以上の被保険者のみ)

ワクチン補助金を下記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

トータルビューティー健康保険組合 御中

被 保 険 者	記号-番号	—	氏名	自署の場合は押印不要 印
	住所	〒	☎	(昼間つながる連絡先を記入してください)
	事業所名			

接種者名	続柄	接種料金	接種日	備考
			年 月 日	1回目
			年 月 日	2回目

対象者	人数	請求金額合計	領収証添付	備考
被保険者	名	円	通	
計	名	円	通	

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店		預金種別 1.普通 2.当座 3.その他	
	口座 番号		口座名義人 カタカナで記入			

【申請上の注意】

- 1) 取得期限内1回のみ20,000円まで補助いたします。複数回接種の場合、まとめて1回でご申請ください。
- 2) 自治体によって助成がある場合は先に助成後、ご申請ください。
- 3) 初診料・再診料・問診に係る費用は対象外です。
- 4) 申請書には、医療機関からの領収証原本をご提出ください（数字だけのレシートは受け付けられません）。
- 5) 領収書は、個人名（被保険者名）宛としてください。
※接種年月日・医療機関名・接種者氏名・ワクチン名・接種金額（自己負担額）が記載されているもの
- 6) 領収書は、申請書に貼付けず添付してください。
- 7) 補助金の支給は、毎月末日締め翌月25日（営業日）となります。

受付印

常務理事	事務長	担当

トータルビューティー健康保険組合