

带状疱疹ワクチン接種助成事業のご案内

被保険者を対象に健康保持増進と医療費適正化のため、带状疱疹ワクチン接種費用の一部を助成します。

次の助成内容をご確認のうえ申請をお願いいたします。

助成内容

対象者

被保険者【接種時に資格を有する満50歳以上の者(第3種組合員も含む)】
※年齢到達前の接種は助成対象外となります。

助成金

1人1年度内1回上限10,000円

※他の助成があり、実質自己負担額が助成金に満たない場合は、
実費を助成

※令和7年度より前に接種された方で、対象者の条件・申請書類が揃っている場合は申請可

申請書類

带状疱疹ワクチン接種助成費支給申請書
医療機関発行の領収書(写)

申請先

三重県歯科医師国民健康保険組合



申請書を提出する場合は次の点に注意してください

《注意事項》

- 歯科医院で取りまとめのうえ、申請をお願いいたします。
- 領収書には
 - ①被接種者氏名 ②接種年月日 ③接種費用 ④医療機関名
 - ⑤ワクチンの種類：带状疱疹ワクチン接種代（予防接種代、ワクチン代では不可）が記載された医療機関発行の領収書が必要です。
(領収書に必要事項の記載がない場合は、医療機関に記入をお願いしていただくか、上記が記載された明細書と領収書を併せてご提出下さい。)
- 領収書は、被接種者ごとに発行されたものが必要がありますが、2人以上をまとめた領収書の場合は、被接種者各々の氏名・接種年月日・接種費用・ワクチンの種類の記載が必要となります。
- 接種済証明書の添付は、不可となります。

三重県歯科医師国民健康保険組合

〒514-0003 三重県津市桜橋二丁目120-2

☎059-227-6488

理 事 長	副理事長	常 務 理 事		事務長	課長	係

帯状疱疹ワクチン接種助成費支給申請書

被 保 険 者 記 号 番 号	被接種者氏名	接種年月日	接種費用
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円

上記のとおり助成費を申請します。
令和 年 月 日
第 1 種組合員住所
氏名
三重県歯科医師国民健康保険組合理事長 様



助成費送金先口座 □にレを入れてください	☐ 保険料引落口座 ☐ 下記送金先口座
	送 金 先 銀行 金融機関名 金庫・農協 支店 預 金 種 類 普通・当座 口 座 番 号 フ リ ガ ナ 口 座 名 義
注 意 事 項	* 歯科医院で取りまとめのうえ、申請をお願いいたします。 * 領収書の写しを添えてご提出をお願いいたします。 領収書に必要な記載事項(記載がない場合は医療機関に記入をお願いしていただくか、下記が記載された明細書も併せて添付) 【被接種者の氏名・接種年月日・接種費用・医療機関名・ワクチンの種類：帯状疱疹ワクチン接種代(予防接種代、ワクチン代では不可)】 * 助成対象者：接種時に資格を有する満 50 歳以上の方になります。【年齢到達前の接種は助成対象外】 * 助成費送金先口座にチェックがない場合は、保険料引落口座に送金いたします。

支給決定金額	円
※国保組合記入欄	