

被扶養者欄が不足する場合はコピーしてご利用ください。

(様式第1号)

「マイナ保険証、資格情報のお知らせ」などで確認できます

帯状疱疹予防接種補助金申請書

ご注意：被扶養者のみの請求の場合も、太枠内は必須記入項目です

被保険者証等 記号・番号		連絡先（自宅か携帯）		領収書の返却		健保使用欄/支給決定額	
〇〇〇-〇〇〇〇〇		TEL	090-1234-5678		要・不要		
フリガナ 被保険者氏名	トウキョウ テツオ 東京 鉄男			生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日		
実施機関名	小山〇〇病院			補助の有無	有・無		市区町村名
						小山市	
接種種類	②	①生ワクチン（水痘）	接種日（1回目）	令和 8 年 4 月 1 日			
		②不活化ワクチン（ジグ リックス）	支払額	11,000 円			
			接種日（2回目）	令和 8 年 6 月 1 日			
			支払額	11,000 円			

フリガナ 被扶養者氏名				生年月日	昭和 年 月 日		
実施機関名				補助の有無	有・無		市区町村名
接種種類		①生ワクチン（水痘）	接種日（1回目）	令和 年 月 日			
		②不活化ワクチン（ジグ リックス）	支払額	円			
			接種日（2回目）	令和 年 月 日			
			支払額	円			
フリガナ 被扶養者氏名				生年月日	昭和 年 月 日		
実施機関名				補助の有無	有・無		市区町村名
接種種類		①生ワクチン（水痘）	接種日（1回目）	令和 年 月 日			
		②不活化ワクチン（ジグ リックス）	支払額	円			
			接種日（2回目）	令和 年 月 日			
			支払額	円			

必ず記入して下さい

帯状疱疹予防接種補助金は口座振込のみとなります。						
口座振込	■■■■		銀行・信金・農協	本店	■■	支店
	口座番号	普通・当座		〇〇〇〇〇〇〇		
	口座名義	東京 鉄男		※必ず被保険者本人の口座を記入してください		