

2026 年度子宮頸がん予防ワクチン接種費用補助申請について

今年度より、当健康保険組合に加入されている女性の被保険者及び被扶養者の方を対象に、子宮頸がん予防ワクチン接種費用の補助を行います。

他の補助制度との併用も可能としますが、併用する場合は、他の補助を優先とし、その補助額を差し引いた後の実費額を当健康保険組合の補助対象とします。

申請を希望される場合は、以下の実施要領を必ずご確認の上、申請締切日までに必要書類をご提出下さい。

※定期接種対象者（小学 6 年～高校 1 年相当の女性）は、補助対象外です。

該当年齢の方は、定期接種を利用して下さい。詳しくは、[厚労省ホームページ](#)をご確認いただき、お住いの市区町村へお問い合わせ下さい。

■ヒトパピローウイルス（HPV）感染症について

ヒトパピローウイルス（HPV）は、性的接触のある女性であれば50%以上が生涯で一度は感染するとされているウイルスです。子宮頸がんをはじめ、肛門がん、膣がんなどがんの原因となるほか、尖圭コンジローマを引き起こす可能性があります。特に、近年若い女性の子宮頸がん罹患が増えています。

■HPVワクチンについて

子宮頸がんの原因であるヒトパピローウイルス（HPV）の感染を予防するワクチンです。子宮頸がんの中には検診で見つかりにくいがんもあるため、できる限りウイルスに感染する前のワクチン接種が大切です。

ただし、接種にあたり注意が必要な方もいます。また、個人差はありますがワクチンには副反応がありますので、接種については、医師にご相談の上、ご自身でご判断下さい。

■補助内容

1. 補助対象者 接種日当日、当健康保険組合に加入している女性の被保険者及び被扶養者
(ただし、接種が妥当と専門医が判断した方)
※定期接種対象者（小学 6 年～高校 1 年相当の女性）は補助対象外
2. 接種期間 2026 年 4 月 1 日（水）～ 2027 年 3 月 31 日（水）
※ワクチンは、間隔を空けて 2～3 回の接種が必要です。補助金を申請される場合は、7 月頃から 1 回目の接種を始めることをご検討ください。
3. 申請締切 2027 年 4 月 9 日（金） ※当健康保険組合必着

4. 対象ワクチン
- ・ HPV 2 価ワクチン（サーバリックス）
 - ・ HPV 4 価ワクチン（ガーダシル）
 - ・ HPV 9 価ワクチン（シルガード9）
5. 補助額
- 3回の接種費用合計額の半額（※上限 50,000 円）
※初診料、再診料、問診にかかる費用、検査費用は対象外
6. 支給方法
- 在籍者 : 被保険者所属会社経由にて支給
任意継続者 : 加入時に届出いただいた被保険者名義口座へ支給

■ 申請方法

必要な提出書類を期日までに当健康保険組合へご提出下さい。

※ 3 回目の接種終了後、3 回分をまとめて申請して下さい。

■ 書類提出先

<社用メール便で送付の場合>

羽田/HND T1 「ANA グループ健康保険組合 子宮頸がん予防ワクチン接種費用補助事務局」宛

<郵送の場合>

〒144-0041 東京都大田区羽田空港 3-3-2 第一旅客ターミナルビル
「ANA グループ健康保険組合 子宮頸がん予防ワクチン接種費用補助事務局」宛

■ 提出書類

1. 子宮頸がん予防ワクチン接種費用補助金申請書

2. 領収書原本

<領収書の注意点>

- ・ 3 回分の接種費用合計額の領収書 1 枚のみしか発行されていない場合は、医療機関にて領収書にすべての接種日を記入していただくか、3 回の接種日が確認できる書類を領収書と一緒にご提出下さい。
- ・ 以下の「領収書必要記載事項（①～⑥）」が 1 つでも記載されていない場合、受付できません。医療機関発行の明細書など他の書類にその記載がある場合は、領収書と一緒にご提出下さい。

【領収書必要記載事項】

- ① 接種日
- ② 接種者氏名（フルネーム）
- ③ 接種費用額
- ④ 子宮頸がん予防ワクチン接種費用であることが確認できる但し書き
- ⑤ 接種したワクチンの種類
- ⑥ 領収書発行元の医療機関名

<例>

領 収 書	
2026年8月1日	①接種年月日
健保 花子 様	②接種者名（フルネームで）
¥ 33,000-	③支払った接種費用額
但し、子宮頸がん予防ワクチン接種代金として	④HPVワクチン接種費用の領収書 である旨の記載があること
HPV9価ワクチン（シルガード9）	⑤接種したワクチンの種類
〇〇〇〇病院 東京都大田区△△△町1-1-1	⑥医療機関名

■ 注意事項

- 接種日当日、当健康保険組合に加入していない方は、補助対象外です。
- **定期接種対象者（小学6年～高校1年相当の女性）は補助対象外です。**
- 初診料、再診料、問診にかかる費用、検査費用は補助対象外です。
- **領収書原本は、返却できません。**
- 他の補助制度との併用を可能（定期接種を除く）としますが、併用する場合は、他の補助を優先とします。
他の補助額を差し引いた後の実費額を当健保の補助対象額とします。
- ワクチンは、間隔を空けて 2～3 回の接種が必要です。補助金申請対象となる期間内に接種を終えるには、7月頃から1回目の接種を始めることをご検討ください。
- 申請書の記載漏れ、領収書の不備等がある場合は、受付できません。内容をご確認の上ご提出ください。

■ お問い合わせ先

ANA グループ健康保険組合

電 話 : 03-5757-3509 (受付時間: 平日 11時～12時、13時～15時)
e-mail : anagkenpo@anaas.ana-g.com