

※領収書原本は、別紙の貼付台帳にしっかりと貼り付け申請書と一緒に提出してください

ANA グループ健康保険組合

2025 年度 带状疱疹予防接種補助金申請書

【申請者情報】 ※太枠内をご記入下さい					
				申請日	年 月 日
被保険者等	記号		被保険者		
記号番号	番号		氏名		
社員番号			所属会社名		

【予防接種対象者情報】 ※太枠内をご記入下さい						
①	接種者氏名	続柄	生年月日	ワクチン種類		
			年 月 日	☐ 生ワクチン (ビケン)	☐ 不活化ワクチン (シングリックス)	
	1 回目	接種日	年 月 日	接種費用	円	
	2 回目 ※不活化ワクチンのみ	接種日	年 月 日	接種費用	円	
②	接種者氏名	続柄	生年月日	ワクチン種類		
			年 月 日	☐ 生ワクチン (ビケン)	☐ 不活化ワクチン (シングリックス)	
	1 回目	接種日	年 月 日	接種費用	円	
	2 回目 ※不活化ワクチンのみ	接種日	年 月 日	接種費用	円	

<注意事項> ※ご提出前に以下を必ずご確認ください。

- ❖ 在籍者の方は、被保険者所属会社を通して補助金をお支払いします。
任意継続の方は、加入時に当健康保険組合へ届出いただいている、被保険者本人名義口座へ補助金をお支払いします。
- ❖ 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。
- ❖ 接種するワクチンにより、補助上限額及び補助回数が異なります。
- ❖ 他の補助制度との併用は可能ですが、併用する場合は、他の補助額を差し引いた実費額が当健康保険組合の補助対象額となります。
- ❖ 領収書は、必ず**原本**をご提出下さい。領収書の返却はできません。
- ❖ 領収書に、以下の①～⑥がすべて記載されている必要があります。

- ①接種年月日
- ②接種者氏名（フルネーム）
- ③接種費用額
※複数人分まとめた合計額が記載されている場合は、領収書に医療機関にて内訳を記載いただくか、医療機関発行の明細書等を添付して下さい。
- ④带状疱疹予防接種費用であることがわかる旨の記載
- ⑤接種したワクチンの種類が記載されていること
- ⑥医療機関名

<例>	領収書
②	① 2025 年 6 月 1 日
健保太郎 様	
③ ¥ 10,000 -	
④	但し、带状疱疹予防接種代金として
⑤	ワクチン種類：生ワクチン（ビケン）
⑥ 東京都△△区△△ 〇〇〇病院	

－ 带状疱疹予防接種費用領収書貼付台紙 －

記号	番号	被保険者氏名	会社名	貼付枚数
				枚

以下に領収書原本を貼付してください。領収書原本の返却はできません。

貼 付