帯状疱疹ワクチン接種補助申請書
（50 歳以上の被保険者）

受診者	熊歯・	氏名
ワクチンの種類	※いずれかに〇印をお願いします。 ビケン（生ワクチン）　・　シングリックス（不活化ワクチン）	
過去の接種歴	※該当する項目に☑をお願いします。 ☐ 初めて接種する ☐ 過去に接種したことがある → （　）内もご記入ください。 （ワクチンの種類：　　接種日：　　年　　月　　日）	
接　種　日	（１回目）　令和　　年　　月　　日 （２回目）　令和　　年　　月　　日 ※生ワクチンは、１回接種後に申請。不活化ワクチンは、２回目接種後の申請となります。	
費　用　額	円	
甲種組合員証明欄	（甲種組合員本人以外の申請時、証明をお願いします。） 上の者本歯科医院の勤務者及び家族であることを証明します。 熊歯・　　甲種組合員氏名　　㊞	
振込口座	下記の申請組合員の口座をご指定ください。 （それ以外の場合、委任状が必要です。ホームページよりダウンロードしてください。） ＿＿＿＿＿＿ 銀行 ＿＿＿＿＿＿ 本・支店 普通 ・ 当座　　口座番号＿＿＿＿＿＿＿＿ フリガナ 口座名義 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 番号・名義等の正確な記載をお願いします。	

帯状疱疹ワクチン接種の領収書を添付の上、申請いたします。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

組合員　住　所

氏　名　　㊞

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長　　殿

提出期限・年度内（3月末）
ただし、不活化ワクチンを接種した場合、２回目の接種を受けた年度に申請

添付書類

◎**領収書（受診者名・帯状疱疹ワクチン・金額明記）**の写し
※**不活化ワクチンは１回目・２回目の領収書を添付**
なお、**領収書に帯状疱疹ワクチンの明記がない場合、接種済証の写しも添付**

補助金額	円