

支給決定額 (健保使用欄)
円

常務理事	事務長			係

※任意継続被保険者用です。在職中の方はP4Pより申請してください。

No. _____

带状疱疹ワクチン接種費用補助申請書

被保険者証 記号・番号	99 - 1234			
被保険者氏名	健保 太郎 印			
接種者氏名	続柄	回数 (※2)	接種日 (※3)	金額 (※4)
健保 太郎	本人	1回目・2回目	2月13日	23,600円
同上		1回目・2回目	4月10日	23,600円
		1回目・2回目		
		1回目・2回目		
		1回目・2回目		
		1回目・2回目		
合計金額				47,200円

上記の通り申請します。

令和 3 年 4 月 20 日

グラクソ・スミスクライン健康保険組合 御中

(注意事項)

- ※1 ・領収書原本を必ず添付して下さい。(接種者名及びワクチン名が記載されているもの)
また、複数名の合計金額のみ記載された領収書の場合、1人当たりの金額も必ず医療機関に記載してもらって下さい。
- ※2 ・該当する箇所を○で囲んでください。
- ※3 ・2回分をまとめて請求して下さい。
- ※4 ・原則として接種の都度、医療機関に支払って下さい。
- ※5 ・2回分を一括で支払う前払制度しか取扱いがない医療機関で接種した場合は、初回に全額補助しますが、2回目以降を接種せずに資格喪失した場合は、返金して頂きますのでご了承下さい。

受付日付印