

带状疱疹予防接種費用補助のご案内

带状疱疹は、水ぶくれを伴う赤い発疹やピリピリとした痛みが、からだの片側に帯状に現れる疾患です。

80歳までに3人にひとりが発症するといわれており、皮膚症状が治った後も50歳以上の約2割が带状疱疹後神経痛になる可能性があります。

带状疱疹のワクチンには、生ワクチン（1回接種）と不活化ワクチン（2回接種）があり、どちらを接種しても補助の対象となります。

1. 対象者 満50歳以上の建設国保被保険者
※接種時点で50歳に達していること
2. 補助額 一人につき2,500円を限度に実費を補助（年度内一回）
3. 申請期限 令和7年2月28日（金）
4. 申請方法 「带状疱疹予防接種費用補助申請書」に必要事項を記入の上、領収証のコピーを添付し支部へ郵送してください。

〈申請・お問い合わせ先〉 建設国保石川県支部 〒920-0041 金沢市長田本町ホ8
TEL：076-233-1021

〈注意点〉

- ・振込み先は組合員本人の口座をお願いします。
- ・添付する領収証のコピーは必ず『带状疱疹予防接種代』の記載があることと、接種者の内訳（接種者氏名とそれぞれの金額）が確認できること

『带状疱疹』の記載がない場合は付記してもらってください

領収証

※領収印無きものは無効です
※課税除明細表となります
再発行はしませんので大切に保管して下さい

患者番号 氏名 様

入・外	発 行 日	保険者番号	負担割合	本・家
外 来	令和 4 年 10 月 5 日	133298		家

初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
保 険	注 射	リハビリテーション	精神科専門療養	処 置	手 術	麻 酔
	病理解剖					放射線治療

予 防 接 種

文 書 料	容 器 代	予 防 接 種	予ごやか検診	保 険 外	保 険 外 6	保 険 外 7
保 険 外 8	保 険 外 9	3,000	保 険 外 10	保 険 外 11	保 険 外 12	(内税)
					222	

保 険	保 険 外 負 担
合 計	3,000
負 担 額	3,000

領 収 印

前回未収金	(借付・勘定振替)	請求金額	今回未収金	領収金額
		3,000		3,000

※患者の勤務先が有価証券等取扱店に於いては、医療機関が納入票の発行と併せて領収証を提出する必要があります。

診療明細がある場合は
コピーを添付してください

診療明細書

外 来

患者氏名	氏 名	病 名	4. 10. 5	診療科	内科
------	-----	-----	----------	-----	----

+

品 名	単 位	単 価	数量	自費金額
※【予防接種】带状疱疹			1	3000
以下、余白				

※ 申請は世帯単位でお願いします。



令和6年度 带状疱疹予防接種費用補助申請書

全国建設工事業国民健康保険組合

理事長 殿

令和 年 月 日

組合員 住 所

氏 名

連絡先電話番号

— —
※日中連絡がとれる番号をご記入ください。

带状疱疹予防接種費用の補助金を申請します。

保険証記号番号	93-				
	接種者氏名	生年月日	医療機関名	接種年月日	支払った金額
1		S 年 月 日		R 年 月 日	円
2		S 年 月 日		R 年 月 日	円
3		S 年 月 日		R 年 月 日	円
4		S 年 月 日		R 年 月 日	円

振込先金融機関を記入してください。

		銀行 信用金庫 労働金庫	農協 信用組合	本店 支店 出張所		
金融機関コード				支店コード		
1. 普通	2. 当座	口座番号				
口座名義人		(フリガナ)				

※ 振込先は必ず組合員名義のものを記入してください。

※ 振込先は正確に記入してください。間違いがある場合、振込できませんのでご注意ください。