

	常務理事	係	係
支給額	円		

带状疱疹ワクチン補助金請求書

被保険者	記号		番号		被保険者 氏名	
社員コード						
所属					自己負担額 (医療機関への支払額)	

*領収書を貼付してください

- ・領収書は、必ず予防接種を受けた方の氏名が記入されたものを添付して下さい。
- ・2回接種の場合は、2回分を合わせて請求して下さい。
- ・補助金は自治体の助成を優先し、上限10,000円までの実額となります。