

健保組合 使用欄	補助金支給決定額	支払日	常務理事	担当上司	担当
	円	年 月 日			

## 2026年度 風しんワクチン接種費用補助請求書

三谷健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者	記号・番号	被保険者氏名	事業所名			
	住 所		被保険者連絡先			
	〒 -					
予 防 接 種 を 受 け た 方	①	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日	
			昭和 平成 年 月 日		年 月 日	
		医療機関名	自治体補助金額	実際に支払った金額		
			一部( 円)・無	円		
	②	接種者名	生年月日	続柄	接 種 日	
			昭和 平成 年 月 日		年 月 日	
		医療機関名	自治体補助金額	実際に支払った金額		
			一部( 円)・無	円		
受 取 方 法  (○を付けて下さい)	現金希望	連絡先 (内線又は電話番号)	【現金受け取りの注意事項】 ◎健保組合の窓口での受取りが可能な方のみ ◎後日ご連絡しますので受け取りに来てください			
	振込希望	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所	預金 種別	普通 当座	
		口座番号	口座名義 (被保険者名義)	フリガナ		

### 《添付書類》

#### 1. 領収書(原本)

※「接種された方の氏名」「予防接種代」「接種日」「風しんワクチン接種であること」が確認できるもの

#### 2. 抗体検査の結果が確認できるもの(コピー可)

#### 3. (自治体からの補助を受けた場合のみ添付) 自治体からの補助金額が確認できるもの

### 【注意事項】

- ・請求期間はワクチン接種日より半年間です。
- ・抗体検査の費用は補助対象外となります。
- ・自治体の補助がある場合は、自治体の補助が優先となりますので、自治体からの補助額を除いた自己負担額が補助対象となります。