

支部互助制度

带状疱疹ワクチン接種補助金申請書

带状疱疹ワクチンを接種しましたので、支部互助制度の補助金を申請します。

申請日	年 月 日	所属分会	分会 群
氏 名		組合番号	
生年月日	年 月 日 歳	医療機関名	
接種日	年 月 日	医療機関への支払額	円
ワクチン種類	1. 生ワクチン [ビケン] 1回法 2. 不活化ワクチン [シングリックス] 2回法 3. その他ワクチン (1 ・ 2 回法)		
給付日	年 月 日	補助金額	円

支部確認報告書

添付書類	带状疱疹ワクチン接種の領収書の写し
制度内容	○ 1回あたり 5000円支給 (実費上限)
	○ 2回法での接種の場合、2回分の補助金を支給
資格要件	◇ 給付日時点で組合費を未納になっていないこと
	◇ 50歳以上の組合員

支部受付者	領収書	前月納入	担当者確認
		月分 入金済 未納	