

令和8年度 予防接種補助金申請書

被保険者証 記号-番号	-	社員番号	
被保険者名		日中連絡がとれる 電話番号	
接種者名		続柄	

■ 予防接種内容

予防接種名	接種年月日	接種費用
	令和 年 月 日	円
	令和 年 月 日	円

■ 振込先金融機関 ※必ず被保険者名義の口座を記入してください

	銀行 金庫		本店 支店	支店番号	
普通・当座	口座番号		口座名義名 (カナ)		

■ 補助対象予防種類

肺炎球菌（23価PPV、PCV13）、百日咳・破傷風・ジフテリア（DPTワクチン）、急性灰白髄炎症（ポリオ）
B型肺炎、麻しん・風しん、おたふくかぜ、水痘、ロタウイルス、Hib（ヒブ）、带状疱疹（ZVL/RZVワクチン）
ヒトパピローマウイルス（HPV）、子宮頸がん予防ワクチン、コロナワクチン、BCG（結核）、RSウイルス、日本脳炎

この申請書に、医療機関が発行した「領収書（原本）」を添付してください。

領収書は下記の記載があることが必要です。

領収日 接種した方の氏名 領収金額 医療機関名 補助対象の予防接種名の記載

※領収書が家族と併せて1枚の場合は、接種者全員の氏名と接種単価を記入してもらってください。

※領収書は返却いたしませんのでご了承ください。

※補助金額は1人当たり5,000円を上限とし、補助は指定期間内に2回を上限とします。

※市町村等の助成により補助を受けることができる場合は、その補助制度を優先としてください。

■ 提出先／お問い合わせ先

G L V 健康保険組合 E-mail: info@glv-kenpo.com

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト2階

* 予防接種補助は、令和8年4月1日～令和9年3月31日の期間内に接種をしたものが対象です。

* 提出期限（令和9年4月15日）を過ぎてから届いた申請は受付することができませんのでご注意ください。

健康保険組合記入欄

補助金額合計	円
振込日	

常務理事	事務長	担当者	担当者