

子宮頸がんワクチン接種の補助について

当健康保険組合では下記の通り補助をおこなっておりますのでどうぞご利用ください。

●補助対象者

当健康保険組合に加入する10歳以上の被保険者および被扶養者

※ 任意継続被保険者および任意継続被扶養者を含む

●補助金額

接種1回につき**上限20,000円を3回分まで**（最大60,000円/人）

※ 上記の補助申請は生涯で1度だけです。

●申請方法

3回の接種終了後、裏面の「子宮頸がんワクチン接種補助金申請書」に必要事項をご記入の上、**領収書（コピー不可）**を申請用紙下段の領収証貼付欄にのり付けし、健康保険組合までご提出ください。

後日、補助金を給与口座（任意継続被保険者は登録口座）に振り込みます。

（社員の方へ申請書提出時のお願い）

健康保険組合は本店内にありますので必ず社内便をご利用ください。

【宛先：本店 健康保険組合】

※ お住まいの市区町村が公費助成を行っている場合

まず、公費助成を受けてください。差額の自己負担分に対して上記の範囲内で補助します。医療機関で一旦費用の全額を支払い、後日、市区町村に公費助成申請を行う方式をとられている場合は、公費助成申請終了後、公費助成申請書など助成金額がわかる書類（コピー可）、領収証（コピー可）および「子宮頸がんワクチン接種補助金申請書」を当健康保険組合までご提出ください。

【注意】

領収証については下記の通り医療機関にご依頼ください

- ① 接種された方の氏名が分かるように記載してもらってください。
- ② 接種されたワクチンの種類が分かるように「子宮頸がんワクチン接種分」と記載してもらってください。

申請日（西暦） 年 月 日

小野薬品健康保険組合理事長 殿

子宮頸がんワクチン接種補助金申請書

以下の通り「子宮頸がんワクチン接種補助金」を申請します。

申請者（被保険者）

保険証の記号	保険証の番号 (4ケタの番号)	社員番号 (5ケタの番号)	所 属					
		※任意継続者は記入不要	※任意継続者は記入不要					
氏 名	(フリガナ)	性別	男	生年月日	西暦	年	月	日
			女					
住 所	(住民票のある住所を記載してください) ※自治体の公費助成の確認のため	都 道	府 県	市 区	町 村			

子宮頸がん予防ワクチン接種実施者

氏 名	年齢	回数	実施年月日			接種料金	公費助成	
		1回目	年	月	日	円	あり	なし
		2回目	年	月	日	円	あり	なし
		3回目	年	月	日	円	あり	なし
合計金額						円		

(健康保険組合使用欄)

支給決定額	円
-------	---

(領収証貼付欄)

●領収証を貼付前に必ずご確認ください。

下記①～②の記載が無い場合は、医療機関で必ず記載してもらってください。

- 「接種された方の氏名」が記載されている。
※必ず個人名を記載（会社名・健保名は不可）
- 接種されたワクチンの種類「子宮頸がんワクチン接種分」と記載されている。
※明細書に記載がある場合は、明細書を領収書に添付してください。（明細書のみは不可）

受付印

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者