

## HPVワクチン接種費用補助金支給申請書

HPVワクチンは子宮頸がん等の原因となる、ヒトパピローマウイルス(HPV)の感染を防ぐワクチンです。公費接種対象者等に該当しない方のHPVワクチン接種費用を全額補助します。

対象者	被保険者及び被扶養者 ※接種日時点で当健保加入者であること
-----	-------------------------------

対象となるワクチン	HPV2価ワクチン(サーバリックス)、HPV4価ワクチン(ガーダシル)、HPV9価ワクチン(シルガード9)
-----------	---

## ■被保険者等情報

被保険者等 記号番号	—	被保険者氏名	
日中連絡が取れる 電話番号		メールアドレス(任意)	
接種者氏名		接種者 生年月日	年 月 日( 歳) 続柄

## ■接種内容 ※接種後、都度、申請して下さい(申請回分のみの内容を下記に記載)。

回数	接種年月日	接種医療機関	接種費用額
1回目	年 月 日		円
2回目	年 月 日		円
3回目	年 月 日		円

※HPVワクチンの接種回数は6ヶ月間に3回の接種が基本です(最大で3回分の申請が可能)。

## ※給与支払いの方はこちら(受領委任)

委任 状	□本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。 ←チェック☑して下に氏名をご記入ください
	年 月 日 被保険者氏名

※任意継続被保険者者の方はご登録いただいた銀行口座に振り込みます。

受付日付印

## (注意事項)

- 費用補助の対象はHPVワクチン接種費用(税込)です。初診料・再診料・問診にかかる費用・検査費用は対象外です
- 提出の際は、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。  
(1)領収書には、以下の記載があることを確認してください。  
①領収日、②接種者の氏名、③領収金額、④医療機関名、⑤「HPVワクチン接種代」と記載してあること。  
(2)領収書は返却いたしませんのでご了承ください。
- 公費接種対象者(小学校6年生から高校1年生相当)およびキャッチアップ接種対象者、又、地方自治体等からの補助を受けている方も対象外です。
- 申請から補助金支給日まで、最大、2カ月程度必要となる場合があります。(毎月20日締で翌月給与に含め支給)

【送付先】 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5丁目21-12 S-FRONT代々木ビル2F  
Works Human Intelligence健康組合 事務処理センター

## 健康保険組合記入欄

補助金額	円
振込日	

常務理事	事務長	担当者	担当者