肺炎球菌感染症予防接種費用支給申請書

※ この申請書と領収書を当健保組合に提出してください。

○ 請求者

鉄二健康保険		被保険者 氏　名	
記号	番号		
住所			電話番号

○ 振込先金融機関口座（**被保険者**の方の口座をご記入ください。）

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義人（カタカナ）
		普通 当座		

○ 請求内訳（肺炎球菌予防接種を受けた方）

氏　名	該当する方に○をしてください	年齢	支払金額
	1．本人　　2．家族		
	1．本人　　2．家族		

○ 市区町村名と補助金額

市区町村名		補助金額	

領 収 書 貼 付 欄
（のり付けしてください。）

※ 申請上の注意

① 補助対象接種期間は**「令和7年4月1日～令和8年3月31日」**です。
ただし、健保組合からの費用の補助は5年間隔で1回限りです。

② 接種日に、被保険者または被扶養者の資格がある方が対象です。

③ 区市町村の補助がご利用できる方（令和7年度65歳の方）は必ず区市町村の補助もご利用ください。

④ 医療機関が発行した**領収書**を付けてください。（コピー可）
※「診療明細書のみ」では申請できません。

⑤ この報告書は2名まで記載できますが、医療機関証明欄を用いる場合は
1人1枚にてご記入ください。

※ 必須記載事項

領収書に下記の表記が無い、又は一部の表記が無い場合は**診療明細書も添付してください。**

○だれが ・・・ 被接種者氏名（フルネーム）　○いつ ・・・ 被接種年月日
○どこで ・・・ 医療機関印　○なにを ・・・ 内容（肺炎球菌予防接種代を明記）
○いくら ・・・ 接種費用（単価）

（注）全ての事項が確認できない場合、書類をご返却することがありますのでご了承ください。

（ 領収書のみで上記の必須記載事項が確認できる場合は医療機関証明欄への記載は不要です。）

東京都鉄二健康保険組合

○ 医療機関証明欄 （肺炎球菌予防接種代と明記がない場合のみ）

上記のとおり、肺炎球菌予防接種を実施したことを証明します。

所在地

令和　　年　　月　　日

医療機関　　㊞