2026年度 各種ワクチン接種費用助成申請書

領収書(原本)は裏面に
ホチキス留めのこと

年　　月　　日　申請

事業所名	所属事業所を〇で囲んでください(出向者は出向元) 東北電力㈱・東北電力NW㈱・関係会社・任意継続	記号	番　号	被保険者氏名
所　属				ﾌﾘｶﾞﾅ
連絡先電話番号				
メールアドレス				

接種者氏名①	続柄(妻・長男等)	接種ワクチン	
生年月日(西暦)	年齢	接種年月日(西暦)	申請額
年　月　日		年　月　日	円

接種者氏名②	続柄(妻・長男等)	接種ワクチン	
生年月日(西暦)	年齢	接種年月日(西暦)	申請額
年　月　日		年　月　日	円

接種者氏名③	続柄(妻・長男等)	接種ワクチン	
生年月日(西暦)	年齢	接種年月日(西暦)	申請額
年　月　日		年　月　日	円

接種者氏名④	続柄(妻・長男等)	接種ワクチン	
生年月日(西暦)	年齢	接種年月日(西暦)	申請額
年　月　日		年　月　日	円

※2枚目に記載される場合も，必須項目（被保険者の情報）はご記載くださいますようご注意ください。

1.対象者　被保険者(本人)・被扶養者(家族)　※接種日に当組合の資格がある方のみ

2.対象期間　2026年4月1日～2027年3月31日接種分

3.対象項目　帯状疱疹・子宮頸がん・コロナウイルス等自己負担が発生する疾患予防の各種ワクチン接種

※**インフルエンザ**は「インフルエンザワクチン接種費用助成申請書」よりご申請ください

4.助成金額　年度内1人当たり**5,000円上限**

※申請は，年度内5,000円に達するまで1回ごとでもまとめてでもどちらでも構いません

※接種内容等で不明点がある場合は，医療機関等に問い合わせをし当組合で審査のうえ助成額を決定します

※上限額を超える誤申請の場合は，当組合で修正し，修正額の個別連絡はいたしませんのでご了承ください

5.添付書類　**領収証(原本)**

※「予防接種代」「ワクチン接種代」のみの記載の場合は，何の接種かわかる明細書等を必ず添付してください

6.最終締切日　**2027年4月15日（木）　健保組合必着**

7.提出先　**〒980-8550　宮城県仙台市青葉区本町1-7-1　東北電力健康保険組合　保健事業G　ワクチン係**

※上記宛名を記載のこと。社内便・郵便どちらも可