

送付先：〒105-8310
東京都港区東新橋1-6-2
資生堂健康保険組合 HPVワクチン係

常務理事	事務長	担当

郵送または社内メール便で領収書とともに提出ください

HPVワクチン接種費用申請書（全額補助）

HPVワクチンは子宮頸がんの原因となる、ヒトパピローマウイルス（HPV）の感染を防ぐワクチンです。
公費接種対象者およびキャッチアップ接種対象者に該当しない方のHPVワクチン接種費用を全額補助します。

対象者	27歳以上45歳以下の女性被保険者(社員・任継者)および女性被扶養者(家族) ※3回すべての接種日時時点で資生堂健保加入者であること
-----	---

※年齢基準日は年度末（3月31日）時点

※公費助成対象者を除く

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)
-----------	---

申請方法	<ul style="list-style-type: none">● 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。3回接種完了後に3回分をまとめて1回で申請してください。● 領収書（3回分）の原本を、当申請書の裏面に貼付してください。 領収書の宛先は接種者の個人名で、「HPVワクチン接種代」と明記されたものが必要です。
------	---

以下の欄を全てご記入ください

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	社員番号 (任継者は不要)
	被保険者氏名	電話番号 (日中の連絡先)		
	接種者氏名	接種者 生年月日	年 月 日 (歳)	続柄
	金融機関	銀行コード	銀行名	店番 支店名
	預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰めで記入)	口座名義 (カタカナ)

回数	接種日	接種医療機関名	接種費用
1回目	年 月 日		円
2回目	年 月 日		円
3回目	年 月 日		円

【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・検査費用は対象外となります。
- 接種を受けた医療機関が違っていても、領収書があればこの用紙一枚でまとめて申請できます。
- 公費接種を受けられる方（小学校6年生～高校1年生相当）および「キャッチアップ接種(※)」を受けられる方は対象外です。
※キャッチアップ接種とは、1997年4月2日～2006年4月1日生まれの女性で、過去にHPVワクチンの接種を合計3回受けていない方は、2022年4月～2025年3月の3年間に限り公費でHPVワクチンを接種できる制度です。
- 提出いただいた領収書は不備対応の場合を除き、返却しません。

接種3回分の領収書（原本）は裏面に貼ってください

