

【新型コロナ】ワクチン接種者名簿

被保険者番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」に記載

被保険者番号又は組合員番号 第三種組合員は7桁		接種を受けられた方 の氏名	接種年月日	接種時 年齢	接種 場所	申請金額
記載例	記載例 1 1 8 8 1 2 3 - 0 1	国保 太郎	令和 △年 ○月 □□日	70 歳	自院 他院	例 5,000 円
	1 3 8 8 7 8 9 - 0 1	医師 次郎	令和 △年 ○月 □□日	50 歳	自院 他院	例 7,650 円
1			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
2			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
3			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
4			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
5			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
6			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
7			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
8			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
9			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
10			令和 年 月 日	歳	自院 他院	円
※ 用紙不足の場合は、コピーしてご使用ください。						申請金額合計 ① 円

新型コロナワクチン対象者・助成額

※市町村によっては定期接種対象以外の年齢の方に対し助成をしている場合があります。
その場合は助成後の自己負担額の2分の1を当組合より助成いたします。

対象者	助成額
秋田県医師国民健康保険組合 の被保険者と第三種組合員	定期接種対象の方：自己負担額全額
	定期接種対象以外の方：自己負担額の2分の1

共済会会員のみの方は対象外

【成人用肺炎球菌 23価肺炎球菌莢膜ホリスッカライドワクチン】 ワクチン接種者名簿

被保険者番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」に記載

記載例	被保険者番号又は組合員番号 第三種組合員は7桁							接種を受けられた方の氏名 前回接種日		接種年月日	接種時 年齢	接種 場所	申請金額	
	1	1	8	8	1	2	3	枝番	0	1	令和 △年 ○月 □□日	70 歳	自院 他院	4,500 円
1							-			令和△年 ○月 □□日	△年 ○月 □□日	70 歳	自院 他院	4,500 円
2							-			年 月 日	年 月 日	歳	自院 他院	4,500 円
3							-			年 月 日	年 月 日	歳	自院 他院	4,500 円
申請金額合計②												円		

成人用肺炎球菌(23価肺炎球菌莢膜ホリスッカライドワクチン)対象者・助成額

秋田県医師国民健康保険組合の65歳以上の被保険者及び第三種組合員で、前回接種より5年以上経過している方	4,500円
---	--------

共済会会員のみの方は対象外

【带状疱疹・不活化（組換え）ワクチン】 ワクチン接種者名簿

* 2回目接種後に、初回分も合わせて申請してください。

被保険者番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」に記載

記載例	被保険者番号又は組合員番号 第三種組合員は7桁							接種を受けられた方の氏名 初回接種日		2回目接種日	初回接種 時年齢	接種 場所	申請金額	
	1	1	8	8	1	2	3	枝番	0	1	令和 △年 ○月 □□日	△年 ○月 □□日	70 歳	自院 他院
1							-			令和△年 ○月 □□日	△年 ○月 □□日	70 歳	自院 他院	10,000 円
2							-			年 月 日	年 月 日	歳	自院 他院	10,000 円
3							-			年 月 日	年 月 日	歳	自院 他院	10,000 円
申請金額合計③												円		

带状疱疹ワクチン対象者・助成額

秋田県医師国民健康保険組合の65歳以上の被保険者及び第三種組合員	10,000円（2回×5,000円）
----------------------------------	--------------------

共済会会員のみの方は対象外

(裏面は新型コロナワクチン接種者名簿)