

2026年4月9日

新電元工業健康保険組合

带状疱疹予防接種補助について

新電元工業健康保険組合では2026年より带状疱疹予防接種に対して補助を行います。申請については以下の内容をご確認のうえ、iBssより申請ください。

■ 带状疱疹とは？

水痘・带状疱疹ウイルスによって引き起こされる感染症です。治療が遅くなったり治療されないまま放置されると、頭痛や39°C以上の発熱などの全身症状が現れることもあります。特に首から上の带状疱疹は、重症の場合、失明や顔面麻痺、難聴を引き起こすことがあります。発疹が消えた後も痛みが残ることがあるため、できる限り早く医療機関を受診し治療を始めることが重要です。

■ 带状疱疹とワクチン

带状疱疹の予防には、2種類のワクチン（「生ワクチン」と「不活化ワクチン」）があります。水ぼうそうにかかったことがある人はすでに水痘・带状疱疹ウイルスに対する免疫を持っていますが、年齢とともにその免疫は弱まります。そのため、改めてワクチン接種を行うことで免疫を強化し带状疱疹を予防します。これらのワクチンは带状疱疹を完全に防ぐものではありませんが、発症しても症状が軽くすむという報告があります。

■ 補助内容

対象者	ワクチン接種時に新電元工業健康保険組合に加入している50歳以上の方 (被保険者・被扶養者)
申請回数	新電元工業健康保険組合に加入期間中1度のみ

補助金額	接種回数1回につき1万円を上限とした実費
期日	申請はワクチン接種後30日以内に申請ください。 シングリックスの場合2回申請が必要です。
対象期間	2026年1月1日～当健保組合加入期間中
支給方法	当健康保険組合に登録されている被保険者の口座へ支給

ワクチン種類	接種回数	補助額
生ワクチン（ビケン）	1回	1万円を上限とした実費
不活性化ワクチン（シングリックス）	2回	1万円／回を上限とした実費 (最大2万円)

■ 申請添付書類の注意事項

次の内容が記載された領収書を、iBssには画像又はPDFを添付し、**原本**を健康保険組合にお送りください。

記載必要事項

- ① 接種年月日
- ② 医療機関名
- ③ 接種を受けた方の氏名（フルネーム）
- ④ 带状疱疹予防接種であることが確認できる但し書き
- ⑤ 带状疱疹ワクチン接種のワクチン種類名の記載
- ⑥ 金額

上記内容が確認できない場合は受付できません。特に「带状疱疹予防接種である但し書き」、「接種したワクチンの種類名」は必須です。領収書に記載がない場合は、医療機関が発行する明細書などの別紙を合わせて添付・郵送ください。

原本の郵送先： 〒351-8503 埼玉県朝霞市幸町3-14-1 新電元工業健康保険組合宛

※原本の郵送は社内便で構いません。

※受領した原本は返却できません。

※当健康保険組合の補助申請後に自治体の補助を受ける二重受領を避けるために原本送付を必要としています。

■ 自治体などの補助制度と併用する場合

自治体が発行する補助の「決定通知書」など、補助内容と補助金額が解る資料を iBss に画像又は PDF を添付ください。

領収書の原本を自治体に送り、原本が手元にない場合は iBss への添付のみで可とします。

■ その他の注意事項

- ① 初診料・再診料・問診に係る費用・検査費用は対象外です。
- ② 自治体など他の補助制度との併用も可能としますが、併用する場合は他の補助を優先とし、その補助額を差し引いた金額を当健康保険組合の補助とします。
- ③ 自治体の補助制度については、お住いの市町村等に個人でご確認ください。
- ④ 接種日に当健康保険組合に加入していない方は補助を受けられません。
- ⑤ iBss の操作については別紙「iBss 带状疱疹ワクチン接種補助金申請操作マニュアル」をご確認ください。

■ 必要書類イメージ

番号	自治体補助を利用する場合	当健康保険組合補助のみの場合
①	領収書（写）	領収書（原本）
②	ワクチン種類名の記載（写） （領収書もしくは別紙上の記載）	ワクチン種類名の記載（原本） （領収書もしくは別紙上の記載）
③	自治体が発行する決定通知書（写） （自治体の補助内容と金額が解る資料）	

■ お問い合わせ先

新電元工業健康保険組合

電話	0 4 8 - 4 2 3 - 0 5 1 7
E-Mail	kenpo@kenpo.shindengen.co.jp
ホームページ	https://shindengen-kenpo.or.jp/
iBss	https://ibss.jp/portal/ibssInsuredUser.ibss