一般社団法人　横浜市医師会

横浜市帯状疱疹ワクチン定期接種のご案内

今年度の対象者
接種期間：令和８年７月１日～令和９年３月31日

65歳 昭和36年４月２日 ～昭和37年４月１日	**70歳** 昭和31年４月２日 ～昭和32年４月１日	**75歳** 昭和26年４月２日 ～昭和27年４月１日	**80歳** 昭和21年４月２日 ～昭和22年４月１日
85歳 昭和16年４月２日 ～昭和17年４月１日	**90歳** 昭和11年４月２日 ～昭和12年４月１日	**95歳** 昭和６年４月２日 ～昭和７年４月１日	**100歳** 大正15年４月２日 ～昭和２年４月１日

※60～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害（１級相当）がある方も対象となります。

当院では、以下のワクチンを使用しています

・生ワクチン　　『ビケン』
自己負担額：4,000円（１回接種）
・組換えワクチン『シングリックス』
自己負担額：１回あたり10,000円（２回接種・合計20,000円）

皮膚科で接種を行っております。
予約制となっておりますので、
ご希望の方は事前にお問い合わせください。

（医）慈啓会　大口東総合病院