



# 横浜市带状疱疹ワクチン 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）

- ・予約制です
- ・過去に接種歴がないかご確認ください
- ・1年以内に带状疱疹にかかれた方は、予約時にその旨お伝えください

二俣川はまかぜ内科

