



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7年7月1日～令和8年3月31日

65歳

昭和35年4月2日
～昭和36年4月1日

70歳

昭和30年4月2日
～昭和31年4月1日

75歳

昭和25年4月2日
～昭和26年4月1日

80歳

昭和20年4月2日
～昭和21年4月1日

85歳

昭和15年4月2日
～昭和16年4月1日

90歳

昭和10年4月2日
～昭和11年4月1日

95歳

昭和5年4月2日
～昭和6年4月1日

100歳以上

大正15年4月1日
以前に生まれた方

※100歳以上の方は、今年度に限り全員が対象となります。

※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）

带状疱疹ワクチンをご希望の方は当院045-333-4422までお電話でご予約をお取りください。すでに予約済みの方は予め带状疱疹ワクチンをご希望の旨をご連絡ください。医師の診察の結果、ご希望通りに接種できない可能性もございますのでご了承ください。

