

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
年 月 日	¥			

令和	年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
----	----	---	-------	---	-------	---	-------

インフルエンザ予防接種補助金請求書 （事業主が支払った場合）

事業所記号	
事業所名称	
医療機関の名称	複数の場合は 代表を一ヶ所
接種を受けた人数	人
補助金請求金額	円

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求します。
年 月 日

事業所所在地
名称
事業主氏名

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	種別	当座	普通	フリガナ
銀行 信金	支店	口座 番号		名義人

（留意事項）

- 1 補助対象者 費用を負担した事業主（被保険者・被扶養者分）
- 2 補助金額 1人につき 1回接種を受けた場合 1,500円以内の実費
2回接種を受けた場合 3,000円以内の実費
- 3 添付書類 所定のインフルエンザ予防接種を受けた者の名簿、領収書（コピー可）
- 4 提出期限 **当年度2月末日までに**

領収書 必須項目 (レシート不可)	<p>① 接種を受けた者の氏名 ② 接種日 ③ 接種費用 ④ 医療機関所在地、名称</p> <p>⑤ 『インフルエンザ予防接種代』と記載されていること</p> <p style="color: red;">インフルエンザの記載がない場合は、接種機関で記入を受けるか(ご自身での記入不可)、 診療明細書・予防接種済証等 インフルエンザと分かるものを添付</p> <p>診療明細書・予防接種済証のみは不可</p> <p>※ 医療機関へ振込みをされた場合は、利用明細票・ネットバンキング振込明細表 等 振込みされたことが分かる書類(コピー)を添付してください。</p> <p>いつ、誰が、いくらで接種したか分かる書類(医療機関からの請求書 等)の コピーを添付してください。</p>
----------------------------------	---

インフルエンザ予防接種を受けた者の名簿 (事業主が支払った場合)

事業所記号						
被保険者番号	接種を受けた者の氏名	続柄	接種日(1回目)	接種日(2回目)	支払額 計	補助金請求額
			支払額	支払額		
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
			年 月 日 円	年 月 日 円	円	円
※ 被保険者番号順に記入してください。					計	円

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
年 月 日	¥			

令和 ○ 年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
---------	---	-------	---	-------	---	-------

インフルエンザ予防接種補助金請求書 (事業主が支払った場合)

事業所記号	999
事業所名称	株式会社 ○○○
医療機関の名称	△△医院 ほか <small>複数の場合は 代表を一つ所</small>
接種を受けた人数	3 人
補助金請求金額	6,000 円

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求します。
年 月 日

事業所所在地 神戸市△△区△△町△-△
名称 株式会社 ○○○
事業主氏名 代表取締役 ○○ △△

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	種別	当座	フリガナ	カフシキカイシャ 株式会社 ○○○
○○○ 銀行 信金 ○○ 支店	口座 番号	普通 1234567	名義人	

(留意事項)

- 補助対象者 費用を負担した事業主(被保険者・被扶養者分)
- 補助金額 1人につき 1回接種を受けた場合 1,500円以内の実費
2回接種を受けた場合 3,000円以内の実費
- 添付書類 所定のインフルエンザ予防接種を受けた者の名簿、領収書(コピー可)
- 提出期限 当年度2月末日までに

領収書 必須項目 (レシート不可)	① 接種を受けた者の氏名 ② 接種日 ③ 接種費用 ④ 医療機関所在地、名称 ⑤ 『インフルエンザ予防接種代』と記載されていること インフルエンザの記載がない場合は、接種機関で記入を受けるか(ご自身での記入不可)、 診療明細書・予防接種済証等 インフルエンザと分かるものを添付 診療明細書・予防接種済証のみは不可 ※ 医療機関へ振込みをされた場合は、利用明細票・ネットバンキング振込明細表 等 振込みされたことが分かる書類(コピー)を添付してください。 いつ、誰が、いくらで接種したか分かる書類(医療機関からの請求書 等)の コピーを添付してください。
-------------------------	--

インフルエンザ予防接種を受けた者の名簿 (事業主が支払った場合)

事業所記号		999					
被保険者番号	接種を受けた者の氏名	続柄	接種日(1回目)	接種日(2回目)	支払額 計	補助金請求額	
			支払額	支払額			
1234	健保 太郎	本人	○年 ○月 ○日	年 月 日	5,000 円	1,500 円	
			5,000 円	円			
4567	建築 花子	本人	○年 ○月 △日	年 月 日	2,000 円	1,500 円	
			2,000 円	円			
4567	建築 次郎	長男	○年 ○月 △日	△年 △月 ○日	4,000 円	3,000 円	
			2,000 円	2,000 円			
			年 月 日	年 月 日	円	円	
			円	円			
			年 月 日	年 月 日	円	円	
			円	円			
			年 月 日	年 月 日	円	円	
			円	円			
			年 月 日	年 月 日	円	円	
			円	円			
			年 月 日	年 月 日	円	円	
			円	円			
			年 月 日	年 月 日	円	円	
			円	円			
			年 月 日	年 月 日	円	円	
			円	円			
※ 被保険者番号順に記入してください。						計	6,000 円