

支給決定日	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 (接種を受けた者が支払った場合)

記号		事業所名称					
番号		被保険者氏名					
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 小計	補助額 小計
		支払額		支払額			
		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
医療機関の名称		複数の場合は代表を一ヶ所				補助額 合計	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

被保険者住所

被保険者氏名

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の口座に振込みをさせていただきますので、委任欄に記名をしてください。ご理解とご協力をお願いします。 ※払渡希望銀行は事業所の口座を記入してください。

委任欄	この補助金の受領を下記代理人に委任します。
	<p align="center">被保険者氏名</p> <p align="center">代理人</p> <p align="center">〔 事業所所在地 〕</p> <p align="center">〔 名称 〕</p> <p align="center">〔 事業主氏名 〕</p>

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 費用を負担した被保険者・被扶養者
- 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 領収書(コピー可)
- 4 提出期限 事業主を経由して当年度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
-------------------------	---

支給決定日	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
---------	---	-------	---	-------	---	-------

枝番 不変 インフルエンザ予防接種補助金請求書 (接種を受けた者が支払った場合)

記号	999	事業所名称	株式会社 ○○○				
番号	99	被保険者氏名	健保 太郎				
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 小計	補助額 小計
		支払額		支払額			
健保 太郎	本人	○年 ○月 ○日	年 月 日	4,500 円	円	4,500 円	1,500 円
健保 花子	妻	○年 ○月 △日	年 月 日	4,500 円	円	4,500 円	1,500 円
健保 次郎	長男	○年 △月 ○日	△年 △月 △日	2,500 円	2,500 円	5,000 円	3,000 円
		年 月 日	年 月 日	円	円	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円	円	円
医療機関の名称	△△医院 ほか			複数の場合は代表を一ヶ所		補助額 合計	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

被保険者住所 神戸市○○区○○町○-○

被保険者氏名 健保 太郎

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の口座に振込みをさせていただきますので、委任欄に記名をしてください。ご理解とご協力をお願いします。 ※払渡希望銀行は事業所の口座を記入してください。

委任欄	この補助金の受領を下記代理人に委任します。	
	被保険者氏名	健保 太郎
	代理人	
	〔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 ○○ △△

払渡希望の銀行名	種別	当座	普通	フリガナ	カフキガイシャ 株式会社 ○○○
○○○ 銀行 信金 ○○	支店	口座番号	1234567	名義人	

(留意事項)

- 1 補助対象者 費用を負担した被保険者・被扶養者
- 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 領収書 (コピー可)
- 4 提出期限 事業主を経由して当年度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
-------------------------	---