

支給決定何	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 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
医療機関の名称	複数の場合は代表を一つ所			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>被保険者氏名</p> <p>代理人</p> <p>〔 事業所所在地 名称 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 2,000円以内の実費
2回接種を受けた場合 4,000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

令和6年度より変更

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>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>
-------------------	--