

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
---------	---	-------	---	-------	---	-------

枝番不要

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	2,000 円
		4,500 円	円		
健保 花子	妻	○年 ○月 △日	年 月 日	4,500 円	2,000 円
		4,500 円	円		
健保 一郎	長男	○年 △月 ○日	△年 △月 △日	5,000 円	4,000 円
		2,500 円	2,500 円		
		年 月 日	年 月 日	円	円
		円	円	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円
		円	円	円	円
医療機関の名称	△△医院 ほか			補助額 合計	8,000 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	フリガナ	カブシキガイシャ 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 費用を負担した被保険者・被扶養者
- 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
- 添付書類 領収書 (コピー可)
- 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
-------------------------	---