

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 支店 信金	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 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 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

令和6年度
より変更

領収書 必須項目 <small>(レシート不可)</small>	<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>
--	---

