

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ヶ所</small>
接種を受けた人数	3 人
補助金請求金額	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

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	カブシキカイシャ 株式会社 ○○○
○○○ 銀行 信金 ○○ 支店	口座番号	普通	名義人	
		1234567		

(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 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 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)	<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 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</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。 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		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	2,000 円
			5,000 円	円		
4567	建築 花子	本人	○年 ○月 △日	年 月 日	2,000 円	2,000 円
			2,000 円	円		
4567	建築 一郎	長男	○年 ○月 △日	△年 △月 ○日	4,000 円	4,000 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		
※ 被保険者番号順または接種日順(請求書の明細記載順)に記入してください。					計	8,000 円