

支給決定月	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
----	----	---	-------	---	-------	---	-------

新型コロナワクチン接種補助金請求書 (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	支払額
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
補助額 合計			円

医療機関の名称	複数の場合は 代表を一ヶ所
---------	------------------

上記のとおり、新型コロナワクチンを接種しましたので、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。
	被保険者氏名 代理人 [事業所所在地 名称 事業主氏名]

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)
- 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 2,000円以内の実費 (年度内に2回まで補助)
 - 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 『 新型コロナワクチン接種代 』と記載されていること 新型コロナワクチン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 新型コロナ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
-------------------------	--