

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

枝番 不要

新型コロナウイルス接種補助金請求書 (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	支払額	補助額 合計	
健保 太郎	本人	○ 年 ○ 月 ○ 日	5,000 円	2,000 円	
健保 花子	妻	○ 年 ○ 月 ○ 日	3,000 円	2,000 円	
		年 月 日	円	円	
補助額 合計				4,000 円	

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

上記のとおり、新型コロナウイルス接種しましたので、補助金を請求します。

年 月 日

被保険者住所 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 名称 事業主氏名〕	神戸市△△区△△町△-△ 株式会社 ○○○ 代表取締役 ○○ △△

払渡希望の銀行名	種別	当座	フリガナ	カフシキガイシャ 株式会社 ○○○
○○○ 銀行 信金 ○○ 支店	口座番号	普通	名義人	
		1234567		

(留意事項)

- 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 2,000円以内の実費 (年度内に2回まで補助)
- 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

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 『新型コロナウイルス接種代』と記載されていること 新型コロナウイルス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
-------------------------	---