

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

新型コロナワクチン接種補助金請求書 （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 複数の場合は 代表を一ヶ所
接種を受けた人数	3 人
補助金請求金額	6,000 円

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

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	株式会社 ○○○
○○○ 銀行 信金 ○○ 支店	口座番号	普通 1234567	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 2,000円以内の実費 (年度内に2回まで補助)
- 3 添付書類 所定の新型コロナワクチンを接種した者の名簿、領収書(コピー可)
- 4 提出期限 当年度2月末日までに

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 ※ 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。
---------------------------------	--

新型コロナワクチンを接種した者の名簿 (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	支払額	補助額	
123	健保 太郎	本人	○ 年 ○ 月 ○ 日	15,000 円	2,000 円	
456	建築 花子	本人	○ 年 △ 月 ○ 日	10,000 円	2,000 円	
789	兵庫 次郎	本人	○ 年 ○ 月 △ 日	15,000 円	2,000 円	
			年 月 日	円	円	
			年 月 日	円	円	
				補助額 合計	6,000 円	

※ 被保険者番号順または接種日順に記入してください。