

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
年 月 日	¥			

令和2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 (任意継続被保険者用)

記号	900						
番号	被保険者氏名						
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 小計	補助額 小計
		支払額		支払額			
		年 月 日	年 月 日	円	円	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円	円	円
		年 月 日	年 月 日	円	円	円	円
医療機関の名称	複数の場合は代表をヶ所					補助額 合計	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

被保険者住所

被保険者氏名

印

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 信金	支店	口座 番号		名義人

(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回接種を受けた場合 1,500円以内の実費
2回接種を受けた場合 3,000円以内の実費
- 3 添付書類 領収書 (コピー可)
- 4 提出期限 令和3年2月26日(金)までに

領収書 必須項目	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 『インフルエンザ予防接種代』と記載されていること 記載がない場合は、接種機関で記載を受けるか、診療明細書・予防接種済証等 記載のあるものを添付 保険外負担、予防接種代等の記載だけでは、「インフルエンザ」であるか不明なため不可