

伺

確認印	受診回数		支給金額
	本人	名	円
	家族	名	円
	合計	名	円
支給金額		円	

受付印	支払印

※上記枠内は記入しないでください。

No.

インフルエンザ予防接種補助金請求書

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受診したので、補助金 円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合 様

令和 年 月 日

事業所所在地

請求者 事業所名称

事業主名

下記被保険者については、事業所でとりまとめて請求することに同意しました。

被保険者証番号	被保険者氏名	受診者氏名	続柄	受診機関名称	受診年月日	予防接種費用 円	請求額 円
請求合計金額	円		(受診者数 名)				

※銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人、口座名義人フリガナは正確にご記入ください。

振込希望銀行	預金種別	口座名義人
銀行	1. 普通 2. 当座	(フリガナ)
金庫	口座番号	
農協		

※振込手数料削減のため、振込先をできるだけ「三井住友銀行」に指定していただければ幸いです。

★ 請求に関する注意事項 ★

- 補助金は、**当年10月1日～翌年2月末日**までにインフルエンザ予防接種し、接種日に資格を有する被保険者及び被扶養者に限り、予防接種費用の半額(ただし2,000円を上限とする。)を年1回補助します。
※年2回予防接種している方は、1回分の予防接種のみ補助対象となります。
- 予防接種を受けた機関の領収書のコピーを必ず添付してください。領収書は受診者1人1回の金額が明確にわかる領収書を医療機関で発行してもらってください。
- 記入欄が足りない場合は、続紙を使用してください。

