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

被保険者証の記号番号	9999	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日
				昭和 平成 令和　年　月　日

住所	〒　　ー TEL(　　)　　ー

受診者氏名	続柄	受診機関の名称及び住所	受診年月日	費用総額	請求額
				円	円
			請求金額	円	

振込希望銀行	預金種別	口座名義人
銀行 金庫　　支店 農協	1.普通　2.当座　3.貯蓄 口座番号	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

委任状	この補助金の受領方を（住所 氏名）に委任する。 令和　　年　　月　　日 被保険者氏名

★　請求に関しての注意事項　★

① 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。

② 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。**

③ 補助金請求先　　〒650-0025　神戸市中央区相生町4丁目6番4号　兵庫県運輸業健康保険組合　宛
TEL(078)341－4801

R5.4

～健康保険組合からのお願い～

補助金の振込みについては、「三井住友銀行」から振り込みさせていただきますので、振込手数料軽減のため恐れいりますが振込先をできるだけ「三井住友銀行」として指定いただければ幸いです。