

平成20年9月16日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合

平成20年度インフルエンザ予防接種の実施の補助について

平素は、当健康保険組合の事業運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記のことについて、下記のとおり実施しますので、被保険者及び被扶養者の皆様への周知について、特段のご配慮をいただきますようお願いいたします。

記

- 1 補助対象者 被保険者及び被扶養者
- 2 補助回数 2回まで
- 3 補助金 接種者1人につき  
1回接種した場合 1,500円以内の実費  
2回接種した場合 3,000円以内の実費
- 4 実施機関 被保険者・被扶養者が希望する医療機関
- 5 請求方法 事業主を経由して、「インフルエンザ予防接種補助金請求書」に領収書（コピーでも可）を添付し、平成21年2月27日までに兵庫県建築健康保険組合に提出する。
- 6 振込み 補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の所定の口座に振込みをさせていただきますので、ご理解とご協力をお願いします。

厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/>

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成20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

事業所の名称					
被保険者証の記号・番号	●				
	氏名	続柄	接種日(1回目)	接種日(2回目)	費用の合計金額
被保険者		本人	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
接種した医療機関名				合計	円
上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施しましたので、補助金を請求します。					
兵庫県建築健康保険組合理事長 様				補助金請求金額	円
平成 年 月 日					
〒 -					
被保険者の住所					
被保険者の氏名				(印)	

委任欄	この補助金の受領を下記代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者氏名		(印)
	代理人 〔 事業所所在地及び 名称・事業主氏名 〕		(上記の請求書印と同一印)  (印)

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

1. 被保険者・被扶養者を対象として補助します。
2. 接種者1人について、1回接種した場合は1,500円以内の実費を、2回接種した場合は3,000円以内の実費をそれぞれ補助します。
3. 接種医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する医療機関です。
4. この請求書は、事業主を経由して、領収書(コピーでも可)を添付し、平成21年2月27日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。
5. 補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の所定の口座にまとめて振込みをさせていただきますので、ご理解とご協力をお願いします。