

平成22年8月31日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合
理事長 前川 容洋

平成22年度季節型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、よろしく願いいたします。

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、「平成22年度季節型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23年2月28日(月)までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。 |

領収書必須記載事項

- (1) 予防接種を受けた方の姓名(姓のみは不可)
 - (2) 予防接種を受けた日
 - (3) 領収書の内訳に「インフルエンザ予防接種代」と記載のあるもの
 - (4) 予防接種を実施した医療機関名(印のあるもの)
 - (5) 予防接種に要した費用
- | | |
|-------|---|
| 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。 |
|-------|---|

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22年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

平成22年度季節型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

上記のとおり季節型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 (上記の請求書印と同一印)
	代理人 〔事業所所在地及び 名称・事業主氏名〕	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)

- 被保険者・被扶養者を対象として補助します。
- 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。
- 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。
- 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23年2月28日(月)までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。
- 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。