

平成22年8月31日

任意継続被保険者様

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、下記のとおり実施することとしますので、ご案内いたします。

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<br>1回接種した場合 1,500円以内の実費<br>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  | 「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

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	900・				
	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
平成 年 月 日					円
〒 -					
被保険者の住所					
被保険者の氏名 <span style="float: right;">(印)</span>					

委任欄	<p>この補助金の受領を下記代理人に委任します。 <span style="float: right;">平成 年 月 日</span></p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p> <p style="text-align: center;">(上記の請求書印と同一印)</p> <p style="text-align: center;">代理人 <span style="float: right;">(印)</span></p> <p style="text-align: center;">〔事業所所在地及び名称・事業主氏名〕</p>
-----	--

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、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。