

平成24年9月18日

事業主様

兵庫県建築健康保険合  
理事長 前川 容洋

### 平成24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、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<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  | 事業主様を經由して、「平成24年度インフルエンザ予防接種補助金請求書」に領収書（コピー可。レシート不可。）を添付し、平成25年2月28日（木）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」と記載されていること。
  - (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24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)
	(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	(フリガナ) 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(コピー可。レシート不可。)を添付し、平成25年2月28日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。