

平成24年9月18日

任意継続被保険者 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、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

(任意継続被保険者用)

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	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 <span style="float: right;">印</span>					

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、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。