

平成26年8月18日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合
理事長 森 長 義

平成26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 事業主様を經由して、「平成26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27年2月27日（金）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26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
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

平成 年 月 日

〒 -

被保険者の住所

被保険者の氏名

補助金請求金額	円
---------	---

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	(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27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。
- 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。