伺　平成　　年　　月　　日

確認印

受診回数		支給金額
本人	回	円
家族	回	円
合計	回	円

支給金額	円

受付印	支払印

※上記枠内は記入しないでください。

№

インフルエンザ予防接種補助金請求書

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受診したので、補助金　　円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合　様

平成　　年　　月　　日

この補助金の受領方を下記の事業所に委任する。

被保険者記号番号	被保険者(請求者)氏名	受診者氏名	続柄	受診機関名称	受診年月日	予防接種費用	請求額
	㊞					円	円
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						

請求金額	円　(受診者数　　人)

委任状

上記のとおり当事業所の被保険者及び被扶養者が、インフルエンザ予防接種を受けたので、補助金　　円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合　様

平成　　年　　月　　日

事業所　所在地
名称
事業主　㊞
(受任者)

振込希望銀行	預金種別	口座名義人
銀行 金庫　　支店 農協	1.普通　2.当座　3.貯蓄 口座番号	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

★　請求に関しての注意事項　★

① 補助金は、年度内(当年4月1日～翌年3月31日)のインフルエンザ予防接種日に資格を有する被保険者及び被扶養者に対し、**予防接種費用の半額(2,000円を上限とします。)を年1回**補助します。
② 予防接種を受けた機関の**領収書のコピー**を必ず添付してください。**領収書は受診者1人1回の金額が明確にわかる領収書を医療機関で発行してもらってください。**
③ 記入欄が足りない場合は、続紙を使用してください。

～健康保険組合からのお願い～　　H25.4

補助金の振込みについては、「三井住友銀行」から振り込みさせていただきますので、振込手数料軽減のため恐れいりますが振込先をできるだけ「三井住友銀行」として指定いただければ幸いです。

№

インフルエンザ予防接種補助金請求書（続紙）

この補助金の受領方を下記の事業所に委任する。

被保険者 記号番号	被保険者 (請求者)氏名	受診者氏名	続柄	受診機関名称	受診年月日	予防接種 費　用	請求額
	㊞					円	円
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						
	㊞						