

インフルエンザ予防接種費用補助のご案内



平素は、組合の業務運営に格別のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。さて、保健事業の一環として今年度もインフルエンザ予防接種の費用補助を実施いたします。【申請上の注意事項】にご留意のうえ、下記「インフルエンザ予防接種補助金支給申請書」の太枠内にご記入ご捺印いただき「領収書（原本）」を添えてご申請ください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

全国建設工事業国民健康保険組合大阪府支部長 殿

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので領収書を添えて申請します。

被保険者証 記号番号		組合員氏名		申請日							
9	3	-	2	7	-	(印)		令和	年	月	日
日中の連絡先電話番号		()		—							

接種を受けた方	氏名	生年月日	接種日	接種費用額	補助金決定額 (記入不要)
		S H	年 月 日	① R 年 月 日 ② R 年 月 日	円
	S H	年 月 日	① R 年 月 日 ② R 年 月 日	円	
	S H	年 月 日	① R 年 月 日 ② R 年 月 日	円	
	S H	年 月 日	① R 年 月 日 ② R 年 月 日	円	
	S H	年 月 日	① R 年 月 日 ② R 年 月 日	円	
				補助金合計額	

振込先 金融機関	金融機関コード		支店コード	
			本店	
			支店	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号 右づめでご記入ください	
フリガナ				
口座名義				

【申請上の注意事項】

- 対象者 全国建設工事業国民健康保険組合 被保険者
- 接種対象期間 令和元年10月1日 ~ 令和2年1月31日 接種分
- 補助額 期間中1人あたり上限 4,000円
- 添付書類 医療機関が発行した領収書の原本

<領収書には下記の記載が必要です>

- ①接種日
- ②接種を受けた方の氏名
- ③医療機関名と電話番号
- ④単価
- ⑤インフルエンザ予防接種代である旨

※ 経鼻インフルエンザワクチンは補助対象外

- 申請期限 令和2年2月20日必着

※ 必ずご家族分をまとめて1度で申請してください

- 申請先 ☎ 556-0015 大阪市浪速区敷津西2-1-12 7階B号室
全国建設工事業国民健康保険組合 大阪府支部

本部補助・・・2,500円
大阪府支部補助・・・1,500円
合計 4,000円

【見本】 令和元年11月1日
領収書
建設太郎様
¥5,000-
但しインフルエンザ予防接種代として
正に領収いたしました
建設国保クリニック®
浪速区敷津西2-1
☎06-1234-5678