



(公財)兵庫県勤労福祉協会
ファミリーパック
〒650-0011
神戸市中央区下山手通6丁目3番28号
TEL 078-351-6786

インフルエンザ予防接種補助金 請求書

【事業所取りまとめ請求用】

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(公財)兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

(①+②+③+④) 金 105,000 円

＜受診費に対する補助金額＞
①2千円～3千円未満→2千円補助
②3千円以上→3千円補助

ただし、インフルエンザ予防接種受診料の補助金を、
領収書、補助券を添えて請求します。

事業所番号							事業所名・代表者名				
1	2	3	4	5	6	7	(公財)兵庫県勤労福祉協会 理事長 勤労 一太郎				見本
担当部署名・担当者名							共済部 協会 花子				
T E L		(078) 351 - 6786			F A X		(078) 341 - 1520				
主な受診医療機関名							・ A 病院 ・ B 検診センター 等				
補助金							① 会員 20名 × 2,000円 = 40,000円		② 会員 10名 × 3,000円 = 30,000円		
							③ 配偶者 10名 × 2,000円 = 20,000円		④ 配偶者 5名 × 3,000円 = 15,000円		

補助金は、事業所が指定されている「給付金振込金融機関の預金口座」にお振込みを致しますので、事業主は会員等に補助金を支給いただきますようお願い致します。

[注意事項等]

- 事業所の判断により、会員のみ請求又はその配偶者も含めて請求できます。
- 添付書類
 - 「インフルエンザ予防接種補助券 会員 (本人) 用」・「インフルエンザ予防接種補助券 会員の配偶者用」
 - 会員又はその配偶者の個人宛ての領収書 (原本)

領収書を添付する際の注意事項

領収書には、以下の項目の記載が必須です。

- ・会員又はその配偶者の氏名 (個人名宛に発行されたもの。)
- ・インフルエンザ予防接種の明記 (領収書に記載がない場合は、証明書等を添付。)
- ・接種日
- ・接種費用
- ・医療機関名

※ 領収書は原本に限る。(レシートは不可・事業所宛ての領収書は不可)

- 補助対象者 (次の条件を全て具備している者に限ります。)
- ① 受診日において、共済事業(ファミリーパック)に登録されている会員及びその配偶者。
- ② 1人2千円以上の受診料を自己負担していること。
事業所実施の予防接種についても、会員等の自己負担額が2千円以上の場合は、補助の対象となります。
- 補助対象外
各自治体や共済組合等他の機関において、補助が受けられるインフルエンザ予防接種については、補助の対象となりません。
- 請求期限
2021 年 3 月 5 日
- その他
補助金の請求は、可能な限りまとめて請求してください。