

## 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】

2025 年 ○○月 ○○日

(公財) 兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

&lt;受診料に対する補助金額&gt;

①2千円～3千円未満→2千円補助

②3千円以上→3千円補助

(①+②+③+④) 金 105,000 円

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<br>理事長 勤労 一太郎 |  |  |
| 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           |  |  |
| 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) 給付一覧のお知らせはがきは総額のみですので、請求時において、必ず事業所で請求者リストを作成し、保管しておいてください。振込の際はリストをご確認の上、請求者に交付お願いします。

## 【注意事項等】

1 事業所の判断により、会員のみ請求又は配偶者を含めて請求できます。

2 添付書類

- ① 「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」  
② 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）

3 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。

4 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。

5 請求期限

2026 年 3 月 5 日（必着）

6 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。