

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】

年 月 日

（公財）兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

(①+②+③+④) 金 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					
						印					
担当部署名・担当者名											
T E L						()	—	F A X	()	—	
補 助 金						①会 員 名×2,000円＝ 円			②会 員 名×3,000円＝ 円		
						③配偶者 名×2,000円＝ 円			④配偶者 名×3,000円＝ 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、請求者に交付をお願いします。

[注意事項等]

- 1 事業所の判断により、会員のみの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、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。