



コピーしてご使用ください。
 (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

兵庫県中小企業従業員共済事業インフルエンザ予防接種補助金 申請書 【記載例】

(申請書の提出は、受診予定人数が 30名以上に限る。)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(公財) 兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

インフルエンザ予防接種受診について、次のとおり申請します。

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				
担当部署名・担当者名							共済部 協会 花子				
承認書送信 F A X		(078)341-1520			T E L		(078)351-6786				
受診 (予定)人数	会 員	①	20名 × 2,000円 =		40,000円		受 診 予定月	平成 30 年 12 月			
		②	10名 × 3,000円 =		30,000円			年 月			
	配 偶 者	③	10名 × 2,000円 =		20,000円		合 計	①+②+③+④			
		④	5名 × 3,000円 =		15,000円			45名		105,000円	
受診(予定) 医療機関	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> ファミリーパック提携医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> ファミリーパック提携医療機関以外				どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ()内は事業主が選択する医療機関名をご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 事業主が指定する医療機関(・A病院 ・B検診センター) <input type="checkbox"/> 会員及びその配偶者が個々に指定する医療機関						
再 申 請	ファミリーパックの承認後に申請人数(予定)から10名以上増加した場合は、ファミリーパックから承認された申請書に人数(予定)を訂正(見え消し)のうえ再度申請してください。										

【注意事項】

- 1 必要事項をご記入、ご捺印のうえ、ファミリーパックに FAX (078-341-1520) 送信又は送付してください。
- 2 太枠内は全てご記入ください。記入漏れがある場合は、承認されない場合がありますのでご注意ください。
- 3 医療機関のワクチン保有数に限りがございますので、ご予約のうえ受診してください。
- 4 募集人員に達したときは、受付を終了する場合があります。

【以下、ファミリーパック使用欄】

兵庫県中小企業従業員共済事業インフルエンザ予防接種補助金支給承認書

・承認します ・承認できません

理由
 ・予算に達したため ・県の補助事業が終了したため
 ・制度内容が変更となったため ・その他

年 月 日

申請について、上記の通り決定します。

承認者	(公財) 兵庫県勤労福祉協会 理事長	受付番号	NO.
担当者名	(印)	受付事業所(累計)件数	件
備考		会員受診(累計)予定人数	名

【決裁欄】

						担当

★事務担当者も楽々！補助金請求添付台紙【会員・その配偶者】をぜひご使用ください！

ファミリーパックHP”新着情報”に①「事業所補助なし台紙」②「事業所補助あり台紙」を掲載しています。

制度内容

- 1 補助対象者
- ① 受診日において、ファミリーパックに登録されている会員、その配偶者。
 - ② 1人2,000円以上又は3,000円以上を自己負担していること。
上記①、②の要件を満たしている者に限る。
- 2 補助金額
- | | | |
|-------------------------|---|----------|
| ① 受診料 2,000円以上 3,000円未満 | ➡ | 2,000円/人 |
| ② 受診料 3,000円以上 | | 3,000円/人 |

<注意事項>

- ※ 補助金の支給は、1年度間に1人1回のみ。
- ※ 各自治体、その他共済組合等の補助を受けた場合は、請求不可。

利用方法の選択

次の方法1、方法2の中から選択し、受診してください。

会員、その配偶者が、個別に提携医療機関で受診した際、補助券を提出することにより補助を受ける（方法1）と、提携医療機関又はその他医療機関で受診し、事業所を通して補助金を受取る（方法2）があります。

その方法については、事業所又は会員、その配偶者が選択し、受診してください。

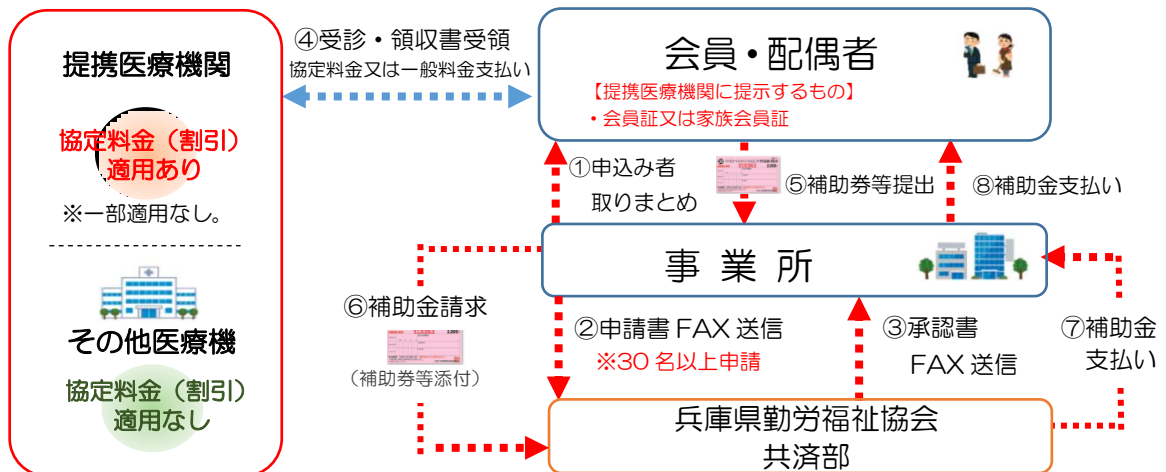
※（方法1）と（方法2）を組み合わせる利用も可能。

※ 提携医療機関については、ガイドブック又はホームページにてご確認ください。

なお、一部の提携医療機関は、協定料金（割引）が適用されない場合があります。

□方法1 提携医療機関受診に限る。 → 事業所を通さず 、提携医療機関で補助を受ける。	
・メリット ① 提携医療機関に補助券を提出することにより、補助金を受給することができる。又、会員証の提示により更に協定料金（割引）が適用される。 ② 事業所の取りまとめ請求事務なし。	・デメリット ① 自宅又は事業所等近隣に提携医療機関がないときは、遠方の提携医療機関まで出向く必要がある。
□方法2 提携医療機関及びその他の医療機関受診双方可。（全国の医療機関受診可） → 事業所を通して 、補助を受ける。	
・メリット ① 自宅又は事業所等近隣の医療機関での受診に対し、補助金を受給することができる。 ② 事業所が受診料の一部を負担したインフルエンザ予防接種に対し、2,000円以上又は3,000円以上の自己負担額がある場合は、補助金を受給できる。	・デメリット ① 事業所の取りまとめ請求事務あり。

補助金請求の流れ（方法2）



請求手続き

※各種様式については、ファミリーパックホームページからダウンロードできます。

次に記載する注意事項をご確認いただき、書類一式をファミリーパックへお送りください。

【請求等】（FAX不可）

- 1 請求書 [様式第4号]
- 2 インフルエンザ予防接種補助券 会員（本人）用（ピンク色）
インフルエンザ予防接種補助券 会員の配偶者用（ピンク色）
※ 上記補助券は、ファミリーパックガイドブック 兵庫県版に添付
- 3 会員、その配偶者の領収書（原本）

<注意事項> 領収書には、次の明記が必要です。

- ① 会員、その配偶者の氏名（個人名宛に発行されたもの。）
 - ② インフルエンザ予防接種（領収書に明記されていない場合は、証明書[様式第5号]等を添付。）
 - ③ 接種日
 - ④ 接種費用
 - ⑤ 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。）