



(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】

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	() -			
主な受診医療機関名						
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。