



(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・6787

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】

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

(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							見本印
担当部署名・担当者名							共済部 協会 花子							
TEL							(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】

- 1 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。
- 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
 2020年3月5日
- 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。

★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。