

本件、決定してよろしいか

常務理事	担当	起案	令和 年 月 日	受付印
		決裁	令和 年 月 日	
補助決定金額	¥ _____			

大阪府建築健康保険組合
令和 年度 帯状疱疹予防接種費用補助金請求書

太枠内のみ全てご記入ください。 請求日 令和 年 月 日

事業所記号	被保険者番号	申請者名(被保険者名または事業所名)※	請求者総数 名								
申請者住所 (通知書送付先)	〒 _____ *日中連絡先 TEL () - _____										
振込み希望銀行	● _____ 銀行 ● _____ 支店										
	● <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 総合 ● 口座番号(右詰めで記入) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ↑✓を入れてください										
● 口座名義人(申請者名と同じであること) カナ氏名 _____											

補助金請求者一覧表 *50歳以上の方が補助対象です

健康保険 記号 - 番号	接種者氏名	年齢	区分	接種日 1回目/2回目	ワクチン種類 ○をしてください	支給決定金額
-		オ	本人 家族	/	ビケン シングリックス	円
-		オ	本人 家族	/	ビケン シングリックス	円
-		オ	本人 家族	/	ビケン シングリックス	円
-		オ	本人 家族	/	ビケン シングリックス	円
-		オ	本人 家族	/	ビケン シングリックス	円

- 必要事項を記入し、領収証の写しを添付してご提出ください。
(領収証原本を添付された場合は返却できませんのでご注意ください。)
- 事業所で予防接種を実施された場合は、請求者一覧表を添付してください。
- 公費による助成を受けられた方は補助対象外となります。
- シングリックスを接種された場合は、2回分の接種料金で補助額を決定します。
(領収証の写しは2回分とも添付してください。)
- 申請者への口座振込みのみとなります。
 - ・申請者名と口座名義人は同じになるようにご記入ください。
 - ・事業所の口座に振込みを希望される場合は、申請者名に事業所名をご記入ください。

送付先 : 〒540-0019 大阪府大阪市中央区和泉町2-1-11
大阪府建築健康保険組合 事業部 宛

