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7年度　インフルエンザ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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

●□普通　□当座　□総合　　 ●口座番号（右詰めで記入）　　↑✓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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号 – 番号 | 接　種　者　氏　名 | 年齢 | 区分 | 接種日 | 支給決定金額 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |

**請求期限　令和8年2月27日必着　（事業所一括で提出してください。）**

**接種料金のうち自己負担分として１,５００円を差し引いた額を補助対象金額とし、２,０００円を限度に補助します。（詳細につきましては、別紙実施要項にてご確認ください。）**

* 必要事項を記入し、領収証の写し**（医療機関により接種者の氏名、接種日等が記載されたもの）**を添付してください。（領収証原本を添付された場合はご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、請求者一覧表を作成してください。
* お子様が2回セットで接種された場合は合算の接種料金で補助額を決定します。（全ての領収証の写しが必要です）
* 申請者（被保険者・事業所）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下さい。

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

**インフルエンザ予防接種費用補助金請求者一覧表**

事業所記号 　　　　　　 　　　事業所名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号番号 | 接　種　者　氏　名 | 年齢 | 区分 | 接種日 | 支給決定金額 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |
| ‐ |  | 才 | 本人家族 | / | 円 |

* 接種された方全員の領収証の写し**（医療機関により接種者の氏名、接種日等が記載されたもの）**を添付ください。
* 領収証原本を添付された場合はお返しできませんので、ご了承ください。