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８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	申請者（事業所名）**※可能な限り事業所単位で取りまとめて下さい。** または被保険者名（被保険者番号と氏名）	請求者総数 名
申請者住所 （通知書送付先）	〒 ＊日中連絡先　TEL（　　）　　－　　担当者：	
振込み希望銀行	●＿＿＿＿＿＿＿＿銀行　●＿＿＿＿＿＿＿＿支店 ●□普通　□当座　□総合　↑✓を入れてください　●口座番号（右詰めで記入）　□□□□□□□ ●口座名義人**（申請者と同じであること）**　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９年２月26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①領収書写し（接種者の氏名、接種日の記載があるもの）、②お持ちの方は明細書、接種証明書等の写しを添付してください。（領収書原本を添付された場合は返却できません）
- ①②いずれかに「インフルエンザ予防接種代」と明記されていること。
- 複数名の場合は続紙をご利用ください。
- 12 歳以下のお子様等が 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。（全ての領収書等の写しが必要です。）1 回分のみの提出であれば、1 回分の領収書より算定します。
- 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。

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（続紙）

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①領収書写し（接種者の氏名、接種日の記載があるもの）、②お持ちの方は明細書、接種証明書等の写しを添付してください。

※①②いずれかに「インフルエンザ予防接種代」と明記されていること。

※ 領収書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。