事業所用

※ 補助金支給決定額	１，５００円　×　　名 円　×　　名 円　×　　名 円　×　　名									円
		本			家					

※上記欄は記入しないでください。

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

被接種者人数	名

大阪薬業健康保険組合　理事長　様

別紙連名簿の被保険者及び被扶養者がインフルエンザワクチンを接種しましたので補助金の支給を申請します。

【申　請　者】

所属	１．大阪　２．神戸　３．京都	健康保険の記号	
事業所名			
事業主名			
支払決定通知書送付先	〒　　－		
送付先の名称	申請事業所名と同じ ☑ / 異なる場合は右に記載→		

担当者名及び連絡先	TEL（　　）　　―

【振込先金融機関】

金融機関名	銀行・信金 信組・農協 （銀行コード　　）	支店名	本店 支店 （支店コード　　）
種別	普通　・　当座	口座番号	
（フリガナ） 口座名義			

【注意事項】

1. 被保険者及び被扶養者は、事業主に受領委任し事業主が一括して申請してください。
2. ①申請の際は、「連名簿」と「領収書（コピー可）」を必ず添付してください。
   ※領収書がコピーの場合は、カットせずにA4サイズで提出いただきますようご協力願います。
   ※集団接種により事業所がまとめて費用を支払った場合は、領収書のほかに医療機関等が発行した明細書（各被接種者氏名の記載があるもので、かつ発行元の名称が記載されているもの）を添付してください。
   ②「連名簿」と「領収書」の順番が同じになるようご協力願います。
   ③ホッチキス、クリップは、使用しないでください。
3. 予防接種法等により公費で補助が受けられる場合は公費が優先します。

組合受付印

大阪薬業健康保険組合

の

り

し

ろ

※連名簿順に貼付して
ご提出ください。

貼付していない等の不備がございましたら
一旦返却させていただく場合がございます。
予めご了承ください。

領収書（原本の場合）

※この用紙を取りまとめ貼付用に
ご利用ください。

領収書（コピーの場合）

※カットせずにA4サイズでご提出
いただきますようご協力願います。
（この用紙に貼付は不要です）

※ホッチキス、クリップは使用しないでください。