

健	保	使	用	欄	常務理事	事務長	担当者
決定年月日			人	本人			
支給金額		円	数	家族			

「令和4年度 インフルエンザ予防接種補助金支給取りまとめ表」

大阪府電気工事健康保険組合 殿

下記のとおりインフルエンザ予防接種補助金の申請をします。

事業所記号					令和	年	月	日
事業所所在地								
事業所名称								
事業主名								
担当者氏名		連絡先番号						

申請書枚数		枚
-------	--	---

決定した補助金については、予め登録していただいている被委任者口座にお支払いします。

注 意 事 項	
【申請書の添付書類について】	
<ul style="list-style-type: none"> ■ 予防接種を受けた医療機関の発行した「領収書（原本）」を添付してください。 <u>以下の記載がない領収書、レシート等は補助の対象となりません。ご確認ください。</u> 	
<p>●日にち ●氏名 ●金額 ●医療機関名 ●予防接種の名称 ●領収印</p>	
【期間について】	
<ul style="list-style-type: none"> ■ 予防接種期間：令和4年10月1日～令和5年2月28日 ■ 補助金請求期間：令和5年3月10日（金）必着 	
【補助金額・回数について】	
<ul style="list-style-type: none"> ■ 補助金額：被保険者 1,500円 被扶養者 1,000円 ※実際の予防接種金額が補助金額内の場合は実際の費用を支給します。 ■ 補助回数：期間内1回 お子様が2回予防接種を受けられた場合は、どちらか一回分を記載してください。 	
【その他留意事項】	
<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業主（事業所）名義の領収書では補助金は支給できません。必ず個人名義の領収書をご用意ください。 ■ 補助金申請書については、事業所ごとにまとめていただき、一括で送付してください。（一カ月に一度等） 	
<p>ご不明な点等ございましたら健康保険組合までお問い合わせください。 TEL 06-6486-9013</p>	

大阪府電気工事健康保険組合