

健保使用欄				
常務理事	事務長	課長	課長代理	課員

健保使用欄		年 月 日		
支給決定額		¥		
算出基礎	本人 @2,000	×	名	= 円
	本人 @	×	名	= 円
	家族 @1,000	×	名	= 円
	家族 @	×	名	= 円

## インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

大阪府石油健康保険組合 様

下記のとおり補助金を請求します。

事業所所在地  
事業所 名称  
連絡先 TEL.

記

事業所記号			
被保険者番号	接種者氏名	区分	接種費用(円) (消費税を含む)
		本人 家族	
		本人 家族	
		本人 家族	
		本人 家族	
		本人 家族	
		本人 家族	
		本人 家族	
		本人 家族	
		本人 家族	
		本人 家族	

- ◎必ず領収書(「インフルエンザ予防接種」と表示のある)を添付してください。
- ◎事務処理の関係上、1月末日までにご請求ください。
- ◎補助金支給対象者は、接種時に資格を有する被保険者と被扶養者に限ります。
- ◎10月1日から12月31日の期間に予防接種された方に限ります。