

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。

被保険者住所
被保険者氏名
連絡先 TEL.

記

9 9 9	被 保 険 者 名			
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	
振 込 先 銀 行 口 座				
銀行	本店	普通・当座 口座番号		
信金	支店	口座名義		

- ◎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。