

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				
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

記	号								
番	号	接	種	者	氏	名	区分		接 種 費 用 (円) (消費税を含む)
							どちらかに○をつけてください		
							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	

- ◎必ず領収書を添付してください。
 - ※接種者氏名と”インフルエンザ予防接種”と記載のあるものに限ります。
 - ◎事務処理の関係上、令和9年1月末日までにご請求ください。
 - ◎補助金支給対象者は、被保険者と被扶養者に限ります。
 - ◎令和8年10月1日から12月31日の期間に予防接種を受けられた方に限ります。
- 大阪府石油健康保険組合 総務課 電話06-6125-1200 FAX06-6125-1204