

平成29年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

【補助内容と申請方法】

- ◎補助対象者 食品国保加入の75歳未満の被保険者。
インフルエンザ予防接種のご案内（黄色）との併用はできません。
- ◎実施期間 平成29年10月1日（日）～平成30年1月31日（水）までの接種分。
- ◎医療機関 国内のインフルエンザ予防接種のできる最寄りの医療機関。
- ◎補助金額 一人につき1,500円を上限。1,500円未満の場合は支払った額。（一回接種限り）
市町村等から補助を受けることができる場合は、その制度が優先し、実費が発生する場合は、1,500円を上限に補助します。
- ◎申請締切日 平成30年2月3日（土）当日消印有効。
- ◎振込予定日 毎月末日締切の翌月の25日前後に振り込み。
- ◎申請方法 家族分をまとめて組合員の世帯ごとに本申請書に必要事項を記入の上、
領収書原本を添付し、食品国保保健事業課まで郵送して下さい。

※領収書記載事項

- ①接種日
- ②接種を受けた方の氏名（2名以上の場合は全員の氏名とそれぞれの費用額）
- ③受診内容として「インフルエンザ予防接種代」を明記
- ④医療機関名および領収印があるもの。なお、領収書は返却いたしません。
※接種済証は、領収書にはなりません。必ず領収書を発行してもらって下さい。

- ◎その他 ご家族すべて接種終了後、組合員の世帯ごとに作成して下さい。
追加の場合はこの「補助金申請書」をコピーしてご使用下さい。

《接種を受けた食品国保加入の組合員とその家族》

氏名 (食国加入者のみ)	接種日	医療機関名	接種金額
	月 日		円
	月 日		円
	月 日		円
	月 日		円
	月 日		円

インフルエンザ予防接種を受けたので領収書を添えて申請します。

大阪府食品国民健康保険組合 理事長殿

平成 年 月 日

被保険者証 記号・番号 (12桁)

申請者（組合員本人） 氏 名

印

住 所

電話番号

※郵便局の取り扱い
はしていません。
※名義人は組合員本人
に限ります。

振込先銀行名		銀行・農協 信金・信組			支店 出張所		
種別	普通・当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義人（組合員）							

【組合記入欄】 ※記入しないでください。

支給決定額	1,500円 × 名 = 円	円
	円 × 名 = 円	