

## 令和元年度 インフルエンザ予防接種補助金申請について

### 【 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。  
※同封の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。  
（オリエンタル、厚生会クリニック、m・oクリニックでの接種は対象外です。）
- ◎実施期間 令和元年10月1日（火）～令和2年1月31日（金）までの接種分。
- ◎医療機関 インフルエンザ予防接種のできる国内の医療機関。
- ◎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。  
※1人1回のみ接種が対象。（13歳未満の方も1回のみが対象）  
※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 令和2年2月7日（金）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 「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に必要事項をご記入ください。  
食品国保に加入している家族分を世帯ごと、または事業所ごとにまとめて領収書原本を添付し、下記まで郵送して下さい。

■領収書には下記の記載が必要です。（必ずご確認ください。）

- 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」を明記されているもの。
- 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。

- ◎送付先 〒542-0083 大阪府中央区東心斎橋1-1-10  
大阪府食品国民健康保険組合 審査・保健事業係  
☎06-6251-5211

申請される方は裏面に必要事項をご記入ください。

# 令和元年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

## 《接種を受けた食品国保加入者》

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

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

※忘れず捺印してください。

住 所

※日中連絡のつく電話番号を記入して下さい。

電話番号

※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)									

※ゆうちょ銀行の場合は、振込専用の店名(漢数字3文字)種別・口座番号を記入して下さい。

【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	