

# 平成29年度 インフルエンザ予防接種 補助金請求書

■ 申請者

《 事業所とりまとめ 》

事業所 健保記号					
事業所名称 請求者氏名 (事業主)					(印)
事業所とりまとめ口座	とりまとめ人の氏名 :				
担当者	担当者氏名 :				
連絡先	電話 : ( )				
振込通知書送付先住所			-		

■ 振込先金融機関 ※ 個人単位の振込は対応しておりませんので、予めご了承ください。

銀行名	支店名	預金種目	口座番号			
	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座				
口座名義 (事業所とりまとめ口座)	フリガナ (必ずご記入ください)					

※ 被保険者（被扶養者も含む）は、事業主に受領委任し事業主がとりまとめて請求してください。

★ ご注意ください

接種対象期間	: 平成29年10月1日～平成30年1月31日
補助金請求期限	: 平成30年2月28日（水曜日） 必着
補助限度額	: 予防接種 1回につき上限1,000円まで。1人2回まで対象。
接種対象者	: 接種日に大阪自動車整備健康保険組合の資格がある被保険者・被扶養者
添付書類	: 接種者氏名・接種日・領収印の記載のある領収書
補助金支払日	: 平成30年3月中に指定口座に一括振込

※ 領収書に接種者氏名・接種日・領収印のないレシート等については、補助の対象となりません。

※ 平成30年2月1日以降の接種は、補助の対象となりません。

※ 添付書類・印もれがないか確認の上、請求書・連名簿・領収書を1セットにして申請してください。（領収書は連名簿ごとにホッチキスでとめて下さい。）