

《 任意継続用 》

平成29年度 インフルエンザ予防接種 補助金請求書

接種対象期間	: 平成29年10月1日から平成30年1月31日までの接種
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。

※ 請求期限を過ぎた請求・平成30年2月1日以降の接種については、補助の対象となりません。

記号	999	番号	被保険者氏名			印	
接種者氏名	本人・家族 ※〇で囲んでください	1回目接種日		2回目接種日		健保使用欄 ※記入しないで下さい	
		1回目費用	2回目費用	1回目補助額	2回目補助額		
	本人・家族	月 日	月 日	円	円		
	本人・家族	月 日	月 日	円	円		
	本人・家族	月 日	月 日	円	円		
	本人・家族	月 日	月 日	円	円		
	本人・家族	月 日	月 日	円	円		
合計	名						

※ 印もれのないようご注意ください。

受取金融機関 (任意継続被保険者または受取代理人)	
銀行名	支店名
	フリガナ (必ずご記入ください)
	本店 支店 出張所
預金種目 ※〇で囲んでください	口座番号
普通・当座	右ずめに記入
口座名義	
委任状	本請求に基づく補助金の請求に関する権限を、代理人 _____ に委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名 _____ 印
	※ 補助金の受け取りを被保険者以外の代理人に委任する場合は必ず記入してください。