

インフルエンザ予防接種費補助申請書

インフルエンザの予防対策といたしまして、予防接種費用 **全額補助** を実施いたします。
必要事項をすべてご記入のうえ、医療機関の領収書原本を添えてご郵送ください。

※申請期限：翌年2月末(当日消印有効)

【注意事項】

- 申請には「インフルエンザ予防接種代」と明記された医療機関が発行した領収書原本が必要です。
「インフルエンザ」の表記がないもの、領収書コピーは無効となります。
- 家族分をまとめた領収書には、**個人ごとの明細**が必要です。また、**屋号のみ表記のものは無効**となります。
- 領収書原本は、インフルエンザ予防接種代金以外の医療費が含まれている場合でも返却できません。
確定申告で領収書が必要な場合は、医療機関へそれぞれ別の領収書を依頼されるなど、ご対応ください。
- この補助は各々の世帯員1名につき、年1回（6ヶ月～13歳未満の小児は年2回）を限度とします。
- 支店名・口座番号等の記入誤りにより**再振込となった場合、振込手数料はご本人負担となります**のでお間違えのないようお願いいたします。

▷申請書送付先・問合せ先◁

兵庫県食品国民健康保険組合 (Tel 078-341-2193)
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1丁目2-18 開発センタービル7階

【↓↓必要事項にご記入ください↓↓ ※切り離し不要】

被保険者証番号	2	8	3	0	5	1													
予防接種を受けた方	氏名				年齢	氏名				年齢									

【振込先口座について】

- ① 現在、保険料支払いがみなと銀行口座引落しの事業主様 → みなと銀行引落し口座に振り込み
- ② 前年度と同じ口座へお振込みをご希望の方 → 前年度と同じ口座に振り込み
- ③ それ以外の方は下表にご記入ください。

金融機関名			銀行 信用金庫 信用組合	支店名			支店 支所 営業部	
銀行コード			支店コード			※確認のためコードは必ずご記入ください。		
預金科目	1：普通		2：当座					
口座番号			フリガナ					
			口座名義					
備考	◆ 金融機関、支店、預金種別は該当するものに「○」をご記入ください。 ◆ 口座名義には「フリガナ」を必ずご記入ください。							

兵庫県食品国民健康保険組合理事長 殿

インフルエンザ予防接種を受けましたので、医療機関の領収書原本を添えて申請いたします



令和 年 月 日

組合員住所：

組合員氏名：

日中のご連絡先

()