

常務理事	事務長	課長	課長代理	課員

支給決定額		¥	
算出基礎	本人 @2,000	×	名 = 円
	本人 @	×	名 = 円
	家族 @1,000	×	名 = 円
	家族 @	×	名 = 円

### インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

大阪府石油健康保険組合 様

下記のとおり補助金を請求します。

被保険者住所  
被保険者氏名  
連絡先 TEL.

#### 記

9 9 9	被 保 険 者 名		
被 保 険 者 番 号	接 種 者 氏 名	区 分	接 種 費 用 (円) (消費税を含む)
		本人 家族	
/		本人 家族	
		本人 家族	
振 込 先 銀 行 口 座			
銀行	本店	普通・当座	口座番号
信金	支店	口座名義	

◎必ず領収書(「インフルエンザ予防接種」と表示のある)を添付してください。

◎事務処理の関係上、1月31日までにご請求ください。

◎補助金支給対象者は、被保険者と被扶養者に限ります。

◎10月1日から12月31日の期間に予防接種された方に限ります。

大阪府石油健康保険組合 総務課 電話06-6125-1200 FAX06-6125-1204