

インフルエンザ予防接種助成金請求書（組合員用）

					決定金額	円
市町村名等	組合員証記号番号		組合員氏名（カタカナ）			
	記号	番号				
	—					
被接種者氏名	生年月日	続柄	実施年月日	支払額 (接種費用のみ)	請求金額 (@1,000円)	
	S H 年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
合 計						円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求します。

岡山県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

組合員氏名

Ⓜ

〔添付書類〕

- * 裏面に、医療機関発行の領収証の原本を貼付してください(レシートは不可)。
領収証の詳細については、裏面をご参照ください。

〔注意事項〕

- ① 太枠内に記入・押印してください。
- ② 予防接種の助成対象者は、接種日現在の**組合員**とその**被扶養者**に限ります。
- ③ 1回の予防接種で1人あたり1,000円を限度に助成します(1人あたり2回まで)。
ただし、1人1回あたりの自己負担額が1,000円に満たない場合は、助成しません。
- ④ 10月1日から翌年の1月31日までの間に予防接種を受けた場合に助成の対象となります。
請求書の締切日は月末とし、翌月の末日(金融機関が休日等の場合は、前営業日)に
給付金等受取口座に送金します。
なお、最終締切は2月末日となりますので、お早めに所属所の事務担当者に提出してください。
- ⑤ 送金の通知は個別に行いません。お手数ですが、通帳にて入金の確認をしていただくか、
共済組合までお問い合わせください。

(様式第2号 裏面)

領収証はここに貼付してください。

*** 領収証の記載内容について、次の事項を確認してください ***

- 領収証は、原本を貼付してください（レシートは不可）。
 - * インフルエンザ予防接種料金のみでは、医療費控除の対象となりませんので、必ず原本をご提出願います。
 - * 医療費の領収証に予防接種の費用が含まれていて、領収証を医療費控除に使用するときや、セルフメディケーション税制の適用を受ける場合は、領収証の写しに所属所長の原本証明を受けてください。
- 領収証に次の事項の記載がありますか？
 - ・ 被接種者氏名の記載（2名以上の場合は、領収証の余白に被接種者全員の氏名を記入）
 - ・ 予防接種名としてインフルエンザの記載
 - ・ 接種日の記載
 - ・ 接種額の記載（複数の場合は、1人1回あたりの額）
 - * 1人1回あたりの自己負担額が1,000円以上かどうか確認してください。
- 手書きの領収証の場合は、病院の印または受領印の有無を確認してください。

お問い合わせ：岡山県市町村職員共済組合 福祉課
TEL 086(225)7841