

インフルエンザ予防接種助成金請求書（組合員用）

記入例

					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）			
〇〇市	記号 999	番号 — 1111	キョウサイ タロウ			
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）	
共済太郎	50年 1月 11日	本人	平成〇〇年 11月 2日	3,500円	1,000円	
共済花子	54年 4月 21日	妻	平成〇〇年 11月 2日	3,500円	1,000円	
共済桃子	17年 5月 5日	子	平成〇〇年 11月 2日	3,000円	1,000円	
共済桃子	17年 5月 5日	子	平成〇〇年 12月 5日	2,500円	1,000円	
	年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
	年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
	年 月 日		平成 年 月 日	円	円	
合 計					4,000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 〇〇 年 12 月 10 日

組合員氏名 共済太郎



〔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。