

インフルエンザ予防接種助成金請求書(任意継続組合員用)

記入例

※共済組合使用欄
決定金額

円

組合員種別	組合員証記号番号		組合員氏名(カタカナ)		
任意継続組合員	記号 581	番号 — 12345	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	㊟ H 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	㊟ H 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	S ㊟ 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	S ㊟ 17年 5月 5日	子	平成〇〇年 12月 5日	2,500円	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
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



日中連絡先 TEL 086 - **** - ****

〔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、接種日現在の任意継続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 助成の対象は、10月1日から翌年の1月31日までの間に接種したものに限ります。
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、早めに共済組合に提出してください。
- ⑤ 送金の通知は個別には行いません。通帳等で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。