

インフルエンザ予防接種助成金請求書送付票

(所属所名)

請求金額	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; border-left: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 15%; border-left: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 15%; border-left: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 15%; border-left: 1px dashed black;"></td> </tr> </table>						円
請求合計枚数	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-left: 1px dashed black;"></td> </tr> </table>		件				
<p>インフルエンザ予防接種請求書の内容を確認したところ、事実と相違ないものと認めたので、上記のとおり送付します。</p> <p>岡山県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <table border="1" style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-table;"> <tr> <td style="text-align: center;">印</td> </tr> </table> </div>			印				
印							

[注意事項]

1. インフルエンザ予防接種を受けた組合員(任意継続組合員及び退職派遣職員を除く)及びその被扶養者が助成の対象となります。(資格の基準日は接種日とします。)
2. 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。
3. 10月1日から翌年の1月31日までの間に受けた接種を助成の対象とし、請求期限は実施年度の2月末日とします。
4. 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)に送金します。
5. 助成金は、組合員の給付金等受取口座へ送金します。

※ 共 済 組 合 記 入 欄						
送金額					円	共済組合受付印
送金日	平成 年 月 日					
上記のとおり、送金してよろしいか。						
決 裁	事務局長	課 長	課長補佐	係 長	係	