

インフルエンザ予防接種助成金請求書送付票

助成金請求書の
請求合計を記入

(所属所名)

請求金額

--	--	--	--	--	--	--	--

円

請求合計枚数

請求書の枚
数を記入

--

件

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。

岡山県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

職 名 ○○市長
所属所長

氏 名 ○○ ○○



[注意事項]

- 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。)
- 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。
- 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。
- 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。
- 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		