

インフルエンザ予防接種助成金請求書

組合員証 記号番号	記号			番号 (右詰め)						組合員氏名 (カタカナでご記入ください)			
	9	9	9	1	2	3	4	5	6	キョウサイ タロウ			
被接種者氏名	生年月日			続柄	接種した日				支払額 (接種費用のみ)				
1	共済 太郎	昭和 平成 令和	45年 1月 23日	本人	令和〇年 1 1月 1 0日				3	5	0	0	円
2	共済 花子	昭和 平成 令和	45年 1月 24日	妻	令和〇年 1 1月 1 0日				3	5	0	0	円
3	共済 一郎	昭和 平成 令和	25年 1月 25日	子	令和〇年 1 1月 1 0日				2	5	0	0	円
4	〃	昭和 平成 令和	25年 1月 25日	〃	令和〇年 1 2月 1 0日				1	5	0	0	円
5		昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日								円
6		昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日								円
7		昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日								円
8		昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日								円

※書ききれないときは、もう一枚ご準備ください。

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。

令和 〇 年 1 2 月 2 0 日

組合員氏名 共済 太郎

- 太枠内に記入してください。
- 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（詳細は裏面の「注意事項」参照）。
- 予防接種の助成対象となるのは、接種する日に資格のある組合員、任意継続組合員及び被扶養者です。
- 1回あたり1,000円（1人2回まで）を助成します。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、助成対象外となります。
- 請求書は、所属所の共済組合事務担当課を通じてご提出ください（共済組合には直接提出できません）。
- 請求は月末に締め切り、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。送金通知は発行しませんので、通帳等で入金を確認してください。

.....
点線以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

助成金決定金額 (一人あたり1,000円)						0	0	0	円
--------------------------	--	--	--	--	--	---	---	---	---