

インフルエンザ予防接種助成金請求書（任継）

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）					
	5	8	1											
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		昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日				円
2		昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日				円
3		昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日				円
4		昭和 平成 令和	年	月	日		令和	年	月	日				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 年 月 日

組合員氏名 _____

- 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。請求の最終締切日は、2月末日（共済組合必着）です。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
--------------------------	--	--	---	---	---	---

領収証を貼るときは、この面全体を使ってください。



領収証の記載内容について、次の事項を確認して貼付してください。

☑領収証は原本ですか？

医療費の領収証に予防接種の費用が含まれていて、領収証を医療費控除に使用するときやセルフメディケーション税制の適用を受ける場合は、その旨を記載の上、コピーを貼付してください。

☑領収証に次の4点が記載されていますか？

- ①被接種者氏名（複数名の場合、被接種者全員分の氏名の記載が必要です。）
- ②予防接種名（インフルエンザ予防接種）
- ③接種日
- ④接種費用（複数名の場合、1人1回あたりの金額を記載）

☑1人1回あたりの自己負担額は、1,000円以上ですか？

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、助成できません。

☑病院印または領収印が押してありますか？

《問い合わせ先》

岡山県市町村職員共済組合 福祉課

TEL：086-225-7841