＜記入例＞

様式第２号

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		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 45年 1月 23日	本人	令和〇年１１月１０日	3500円
2	共済　花子	昭和 45年 1月 24日	妻	令和〇年１１月１０日	3500円
3	共済　一郎	平成 25年 1月 25日	子	令和〇年１１月１０日	2500円
4	〃	平成 25年 1月 25日	〃	令和〇年１２月１０日	1500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 １２ 月 ２０ 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

令和４年３月改訂