インフルエンザ予防接種助成金請求書

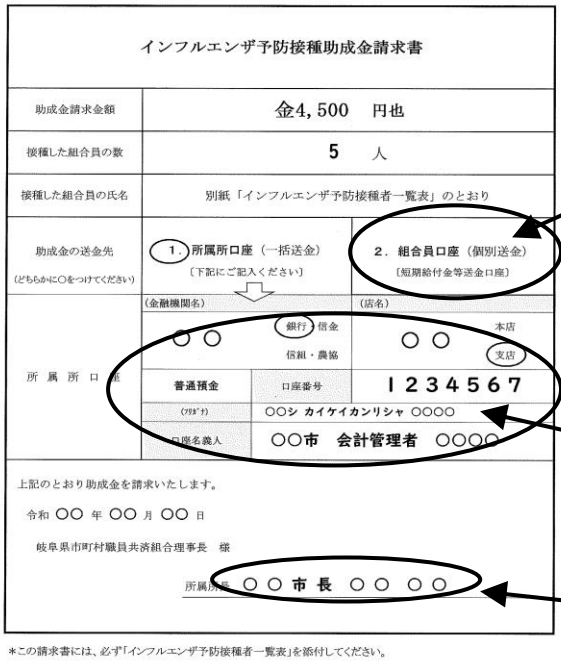
インフルエンザ予防接種を受けた場合、「インフルエンザ予防接種助成金請求書」に「インフルエンザ予防接種者一覧表」を添付し、毎月 10 日までに共済組合へ請求してください。

組合員個人が医療機関で接種した場合、組合員が医療機関へ全額費用を支払った後で、所属所で取りまとめて共済組合へ請求してください。この場合、必ず領収書にて金額等の確認をお願いします。（共済組合への領収書原本の送付は不要です。）

【助成内容】

対　象　者	助　成　金　額
組合員	１人あたり年度１回のみ１，０００円以内

注）**在住市町村が住民向けに実施している予防接種（「高齢者インフルエンザ予防接種」等）は助成の対象ではありません。**



インフルエンザ予防接種助成金請求書

助成金請求金額	金4,500　円也
接種した組合員の数	5　人
接種した組合員の氏名	別紙「インフルエンザ予防接種者一覧表」のとおり
助成金の送金先（どちらかに○をつけてください）	1．所属所口座（一括送金）〔下記にご記入ください〕 ／ 2．組合員口座（個別送金）〔短期給付金等送金口座〕
所属所口座	（金融機関名）○○ 銀行・信金・信組・農協 ／ （店名）○○ 本店・支店
	普通預金 ／ 口座番号 1234567
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）○○シ カイケイカンリシャ ○○○○
	口座名義人 ○○市　会計管理者　○○○○

上記のとおり助成金を請求いたします。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

岐阜県市町村職員共済組合理事長　様

所属所長　○○市長　○○　○○

＊この請求書には、必ず「インフルエンザ予防接種者一覧表」を添付してください。

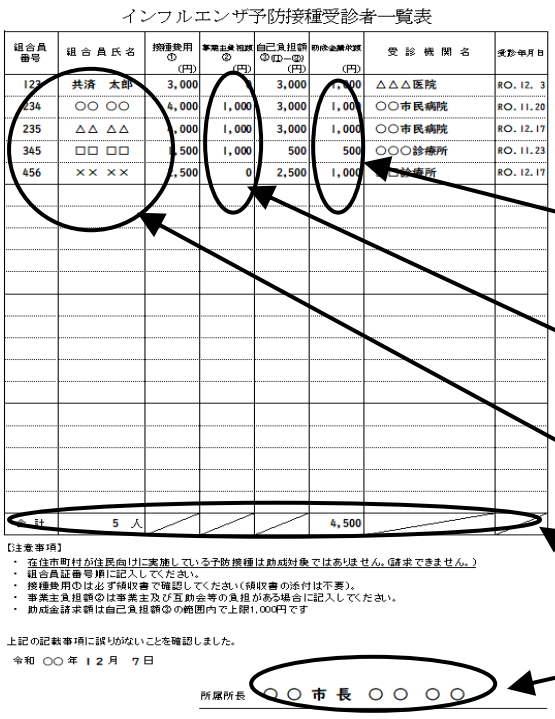
【インフルエンザ予防接種助成金請求書】

組合員個人口座送金を指定する場合は、**短期給付金等送金口座の変更がないこと、送金可能な口座であることを必ず確認してください。**

退職予定者は、退職月の前月までに請求をしてください。

所属所口座一括送金の場合に記入してください。（可能な限り所属所口座一括送金を選択いただきますようご協力をお願いします。）

記名してください。



インフルエンザ予防接種受診者一覧表

組合員番号	組合員氏名	接種費用①（円）	事業主負担額②（円）	自己負担額③（①−②）（円）	助成金請求額（円）	受診機関名	受診年月日
123	共済　太郎	3,000	0	3,000	1,000	△△△医院	R0. 12. 3
234	○○ ○○	4,000	1,000	3,000	1,000	○○市民病院	R0. 11. 20
235	△△ △△	4,000	1,000	3,000	1,000	○○市民病院	R0. 12. 17
345	□□ □□	1,500	1,000	500	500	○○○診療所	R0. 11. 23
456	×× ××	2,500	0	2,500	1,000	○○診療所	R0. 12. 17
合計	5　人				4,500		

【注意事項】
- 在住市町村が住民向けに実施している予防接種は助成対象ではありません。(請求できません。)
- 組合員証番号順に記入してください。
- 接種費用①は必ず領収書で確認してください(領収書の添付は不要)。
- 事業主負担額②は事業主及び互助会等の負担がある場合に記入してください。
- 助成金請求額は自己負担額③の範囲内で上限1,000円です

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和 ○○ 年 12 月 7 日

所属所長　○○市長　○○　○○

【添付書類：インフルエンザ予防接種者一覧表】

在住市町村が住民向けに実施している予防接種は助成の対象になりません。(請求不可)

助成金額は、自己負担額の範囲内で１人上限１，０００円です。

事業主や互助会等から費用の助成がある場合は記入してください。
※公費負担がある場合は助成対象外となります。

組合員番号順に記入してください。

各欄の合計を記入してください。

記名してください。