

インフルエンザ予防接種助成金請求書

				※決定金額	円
組合員証記号番号		組合員氏名		所属所名	
123 — 456		共済 太郎		〇〇市役所	
被接種者氏名	生年月日	続柄	実施年月日	支払額	請求金額 (1回1,000円)
共済 花子	S・H 45年 4月 25日	妻	H 〇年 11月 26日	3,500 円	1,000 円
共済 一郎	S・H 8年 5月 5日	長男	H 〇年 11月 26日	3,500 円	1,000 円
共済 次郎	S・H 10年 6月 7日	次男	H 〇年 11月 26日	3,500 円	1,000 円
	S・H 年 月 日		H 年 月 日	円	円
	S・H 年 月 日		H 年 月 日	円	円
合 計					3,000 円
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。					
栃木県市町村職員共済組合理事長 様					
平成 〇〇 年 12 月 1 日					
住所 〇〇市〇〇町1-1-2					
請求者 組合員氏名 共済 太郎 ㊟					

添付書類

- 請求書の裏面に、医療機関発行の領収書の原本を貼付してください。
- 領収書には、被接種者氏名・予防接種名・予防接種額が明記されている必要があります。
- 医療費の領収書に予防接種の費用が含まれている場合は、領収書の写しに所属所の原本証明を受けて貼付してください。(領収書を医療費控除に使用するときなど原本を貼付できない場合)
- 領収書がレシートの場合は、被接種者氏名・予防接種名、医療機関等の証明を受けてください。
- 予防接種費用は医療費控除の対象にはなりません。

注意事項

- 予防接種の助成対象者は、組合員(任意継続組合員は除く。)及びその被扶養者です。
- 予防接種の自己負担額が1,000円以上の場合、1人1回あたり1,000円を年度内に2回まで助成します。
- 助成金の送金先は、組合員の共済組合登録口座です。
- 組合員あて送金通知書の発行はしませんので、通帳で入金を確認をしてください。