

請求予定の組合員、被扶養者の接種が全て終了してから、

まとめて年度内1回の請求にご協力をお願いします。

インフルエンザ予防接種助成金請求書

※決定金額

ここは記入しないでください。

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・R〇年〇月〇日	妻	R 〇年 10月 22日	3,500 円	1,000 円
共済 一郎	S・H・R〇年〇月〇日	長男	R 〇年 10月 22日	3,500 円	1,000 円
共済 次郎	S・H・R〇年〇月〇日	次男	R 〇年 10月 22日	1,500 円	1,000 円
共済 次郎	S・H・R〇年〇月〇日	次男	R 〇年 11月 25日	1,500 円	〇〇市 1,000円申請済 1,000 円 〇〇市 1,000円申請済
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	円	円

合計

「支払額」は居住市町村の助成がある場合、控除後の額を記入してください。

4,000 円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたのて

栃木県市町村職員共済組合理事長 様

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 〇〇〇市〇〇町1-1-2

請求者

組合員氏名 共済 太郎

・「予防接種者の氏名」「予防接種名」「予防接種額」「接種日」が明記された「医療機関発行の領収書（原本）」を裏面に糊付けしてから共済事務担当課へ提出してください。

・領収書の原本は返送しませんので、居住市町村に申請すると助成がある場合は、申請してから当組合に請求してください。なお、請求書の余白に「〇〇市〇〇円申請済」等、申請済みであることを記載してください（領収書が助成後の額の場合は記載不要）。

・居住市町村の助成に提出したなどで領収書を提出できない場合は、その写しに共済事務担当課において原本証明を受けてください。

※令和3年度分の請求は令和4年3月31日が期限（共済組合必着）となりますが、所属所によって締切りが異なりますので、余裕をもって共済事務担当課へ提出してください。

ます。

- ・居住地独自の助成があり、その助成額控除後の金額が1,000円未満の場合は、助成の対象となりません。
- ・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。