様式第1号　　〈組合員提出用〉

インフルエンザ予防接種助成金請求書

決定金額 （※共済組合使用欄）	円

組合員証記号	組合員証番号	組合員氏名	所属所名

被接種者氏名	生年月日	続柄	接種年月日	支払額	請求金額 （@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
	S H　年　月　日		H　年　月　日	円	円
	S H　年　月　日		H　年　月　日	円	円
	S H　年　月　日		H　年　月　日	円	円
	S H　年　月　日		H　年　月　日	円	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					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。

茨城県市町村職員共済組合理事長　様
　平成　　年　　月　　日

住所
請求者
（組合員自署）氏名　　㊞

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。
レシートは不可とし、手書きの領収書には医療機関印が必要となります。
○ 他の用途に使用するため領収書の原本を貼付できないときは、領収書の写しに所属所長の原本証明を受けて貼付してください。
※予防接種費用は医療費控除の対象とはなりません。

注意事項　① 添付する領収書には医療機関による次の記載が必要ですので必ずご確認ください。
・予防接種名 （インフルエンザ）　　・被接種者氏名 （2人以上まとめた領収書は各々の氏名）
・接種日 （2回以上まとめた領収書はそれぞれの日付）　　・金額 （1人1回あたりの金額）
② 太線の枠内に記入・押印してください。 **※ 請求者欄は組合員本人が自署してください。**
③ 予防接種の助成対象者は、組合員及びその被扶養者（当組合の保険証を交付されている方）に限ります。
④ 1回の予防接種で1人当たり1,000円を助成します。（2回の場合は2,000円）
ただし、1回当たり1,000円に満たない場合は、助成の対象となりません。
⑤ 市町村で同様の助成制度がある場合は、当制度を優先し、その助成額を差し引いた接種費用が1回あたり1,000円を超える場合に共済組合に助成額の申請をしてください。
⑥ 予防接種の助成対象期間は10月1日から翌年1月31日までの4か月間です。
請求書の最終受付は、2月末日共済組合着分までとなります。（厳守）
⑦ 助成金の送金先は、組合員の共済組合登録口座になります。
また、助成金の送金日は、共済組合で受付した月の翌月28日です。（土・日・祝日の場合は翌営業日）
送金通知書は送付しませんので、通帳で入金を確認していただき、送金等に関するお問い合わせは所属所共済事務担当課または共済組合福祉課へお願いします。（共済組合福祉課℡029-301-1412）