

## インフルエンザ予防接種助成金請求書

請求締切：2月末（当組合必着）

決定金額  
(※共済組合使用欄)

円

組 合 員 被 扶 養 者 氏 名	続 柄	接 種 年 月 日 (本年10/1～翌年1/31)	接 種 費 用	請求金額 (@1,000円)
共 済 太 郎	本 人	R ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	4,000 円	1,000円
共 済 花 子	妻	R ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	4,100 円	1,000円
共 済 一 郎	長 男	R ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	3,800 円	1,000円
共 済 一 郎	長 男	R ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	3,800 円	1,000円
		R 年 月 日	円	,000円
		R 年 月 日	円	,000円
		R 年 月 日	円	,000円
		R 年 月 日	円	,000円
		R 年 月 日	円	,000円
		R 年 月 日	円	,000円
		R 年 月 日	円	,000円
		R 年 月 日	円	,000円
			合 計	4,000円

上記のとおりインフルエンザ予防接種助成金を請求します。

令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

請 求 者  
(組合員自署)

所属所名	○ ○ 市役所
組合員等 記号番号	○○○ — ○○○○○
氏 名	共 済 太 郎

**【注意事項】**

- 以下の内容が記載された医療機関発行の領収書（原本）を裏面に貼り付けてください。  
・ 予防接種名・氏名（被接種者全員分）・日付（各接種日）・費用（1人1回当たりの額）
- 手書きや記載内容が訂正・追記された領収書には、医療機関の押印が必要です。
- 原本を添付できないときは、領収書のコピーに所属所長の原本証明を受けて貼り付けてください。
- 領収書以外のもの（接種済証明書・レシート等）は、添付書類として認めません。
- 市町村で同様の助成がある場合は、そちらを優先し、その助成額を差し引いた接種費用が1回当たり1,000円以上の場合にのみ請求してください。
- 被扶養者がいる方や複数回予防接種を受ける方は、すべての接種終了後に、まとめて請求してください。