

インフルエンザ予防接種料助成金請求書

被接種者氏名	区分	年齢	接種回数	請求金額
	本人・家族	歳	回	円
	本人・家族	歳	回	円
	本人・家族	歳	回	円
	本人・家族	歳	回	円
	本人・家族	歳	回	円
	本人・家族	歳	回	円
	本人・家族	歳	回	円
	本人・家族	歳	回	円
合 計			回	円

上記のとおり助成金を請求します。

大分県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

請求者

所属所名	
組合員証記号番号	—
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。
「接種済証明書」は領収書ではないため不可とします。
 - 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**
- 領収書には、**医療機関名、被接種者氏名(2人以上まとめた領収書は各々の氏名)、接種年月日、金額(1人1回当たりの額)、予防接種名(インフルエンザ)**であることが記載されていることを確認してください。なお、手書きの領収書には医療機関印が必要です。
 - 任意継続組合員及び接種日において資格を有していない方は助成対象外となります。
 - 予防接種1回につき1人2,000円を上限として助成します。
 - 市町村で同様の助成制度等がある場合は、市町村の制度を優先し、その助成額を差し引いた額で申請してください。
 - 請求内容を訂正する場合は、請求者(組合員本人)の訂正印が必要です。
 - 1人が複数回接種する場合は、すべての接種が済んでから請求してください。
 - 家族に組合員がいる場合、請求は別々となります。被扶養者の接種料は必ず扶養している組合員より請求してください。
 - 請求書の最終受付は、当該年度中に受けた予防接種について**2月末日共済組合到着分まで**となります。ただし、末日が休日の場合はその前日をもって締切とします。(厳守)
 - 助成金は共済組合に登録している指定口座に振り込みます。