

インフルエンザ予防接種助成金申請書 (組合員送金用)

組合員証記号番号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名	
1 8 7 - 9 9 9 9 9	共 済 太 郎	〇〇市役所	
接 種 実 施 年 月 日	被接種者氏名(組合員との続柄)	実 施 機 関 名	実施機関での支払額
令和 元 年 11 月 1 日	共 済 太 郎 (本 人)	〇〇医院	3, 5 0 0 円
令和 元 年 11 月 1 日	共 済 花 子 (妻)	〇〇医院	3, 5 0 0 円
令和 年 月 日	()		円
令和 年 月 日	()		円
		請 求 金 額	
		2, 0 0 0 円	
上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、請求します。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 住 所 組 合 員 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 氏 名 印 </div>			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 職 名 所 属 所 長 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 氏 名 印 </div>			

① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属所名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

② インフルエンザの予防接種を実施した日、予防接種を受けた者（組合員・被扶養者）の氏名、医療機関名、窓口での支払額（領収書の金額）を記入してください。

③ 請求する金額は1,000円に予防接種を受けた人数を乗じた金額です。

④ 請求日及び組合員氏名を記入し、押印してください。

⑤ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

- 備考1 助成金は、組合員の給付金等受取口座へ送金します。
- 2 助成金は、1人当たり1回とし、1,000円となります。なお、自己負担額が助成金の額に満たない場合は、助成の対象外となります。
- 3 この申請書には、医療機関が発行した予防接種名、被接種者名、接種額の内訳、領収印等が明記された領収書の原本を添付してください。（レシート不可）