

## 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	
123 - 45678	共済 太郎	〇 〇 〇 市	
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
平成〇〇年11月10日	共済 太郎 (本人)	△△△医院	3,500 円
平成〇〇年11月10日	共済 花子 (長女)	△△△医院	3,500 円
平成 年 月 日	( )		円
平成 年 月 日	( )		円
		請求金額	
		2,000 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  平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <span>住所</span> <span>組合員</span> <span>氏名</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> </div>			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <span>職名</span> <span>所属所長</span> <span>氏名</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span> </div>			

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

② 予防接種をした日・予防接種を受けた組合員又は被扶養者の氏名・詳細な続柄（例：長男、次女等）・医療機関名称・実際に支払った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

④ 請求日時・申込み者名を記入し押印してください。

⑤ 請求内容を確認の上、請求日時及び所属所長（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）