

公立学校共済組合 千葉支部長 様

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

予 防 接 種 補 助 金 請 求 書

下記のとおり請求します。

※決定額		※					円
請求日	年 月 日	（共済分）					円
会員氏名 （請求者）		資 格 （該当するものに✓）	互助	□有（再任用会員を含みます） □無（互助会の補助はありません）			
職員コード（8桁）							
所 属 名			共済	□有 □無（共済組合の補助はありません） ※任意継続組合員対象外			
所 属 コード							
予防接種の種類	インフルエンザ	他機関からの 助 成 （領収書記載の金額から さらに助成を受ける場合 「有」に✓）	□有 （右に記入） □無	助成額	円		
接 種 日	年 月 日	請求金額	円				

医療機関の証明 （領収書の添付が できない場合）	予 防 接 種 の 種 類	インフルエンザ	接 種 日	年 月 日
	予防接種を受けた 者 の 氏 名		予 防 接 種 料 金	円
	上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関名 印			

*会員と請求者が一致しない場合は、事務局までお問合せください。

- 1 太枠※印欄は記入しないでください。
- 2 **年度内の補助は1回のみです。**
- 3 上記医療機関の証明又は請求者本人が負担した額の領収書等★を貼付（コピー可）し、請求してください。
その場合、**＜①インフルエンザ、②受診者氏名、③接種日、④領収金額＞が明記されている書類を添付**してください。
また、添付書類は四辺に糊付し、この請求書の裏面に貼り付けてください。

★ 領収書、診療明細書、予防接種接種済証などが有効です。

上記＜①～④＞が全て明記された書類がない場合は、＜①～④＞を網羅するよう2種類以上組み合わせてください。
（例）領収書（②③④のみ記載）と診療明細書（①の記載あり）を2枚貼り付ける 等

（2025.12）