

互助会

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。

請求日	年月日	※決定額 (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)	助成額	円
接種日	年月日	請求金額	□無	助成先	

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。

- 太枠※印欄は記入しないでください。
 - 年度内の補助は1回のみです。**
 - 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下さい。
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下さい。
- ★ **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