

所 属 所 名	
組 織 コ ー ド	
所 属 所 電 話 番 号	() -

インフルエンザ予防接種補助費請求書

組合員氏名		組合員証番号	
医療機関名		受診年月日	令和 年 月 日
予防接種費用	_____ 円 <small>予防接種に係る金額を記入してください。 この金額に対して最大1,000円を補助します。</small>	自治体から同様の補助を受けましたか。 <input type="checkbox"/> 受けていない 補助額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 受けた・請求中 ⇒ _____ 円	
受付番号	<small>※この欄には記入しないでください。</small>	補助決定額	_____ 円 <small>※この欄には記入しないでください。</small>

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合茨城支部長 殿

医療機関による証明欄

医 療 機 関 証 明 欄	氏 名				
	予防接種費用	_____ 円	接種日	令和 年 月 日	
	上記のとおりインフルエンザ予防接種を行ったことを証明します。				
	_____ 令和 年 月 日				
	医療機関名				
	代表者名	印			
	電話番号				

《注意事項》

- 1 対象は組合員本人のみです。被扶養者、任意継続組合員は対象外です。
- 2 インフルエンザ予防接種補助の請求は、「予防接種対象期間」及び「請求日」の両方で組合員の資格を有している場合に限り可能です。
- 3 領収書等（コピー可）を添付する場合は、記載内容に次の全ての項目が含まれているか確認してください。
 ①氏名 ②予防接種種類（インフルエンザ） ③接種費用 ④接種日 ⑤医療機関名
- 4 医療機関にて医療機関証明欄に記入・捺印していただく場合、領収書等の添付は不要です。
 ただし、証明に料金がかかる場合は自己負担となります。
- 5 自治体から同様の補助を受けた場合は、その補助額がわかるものを添付してください。
- 6 補助決定後に所属へ通知を送付し、補助費を共済組合への届出口座（短期給付振込口座）へ振り込みます。
- 7 補助対象は令和6年10月1日から令和6年12月31日までに受けたインフルエンザ予防接種に限ります。
- 8 請求締切日は令和7年1月31日（必着）です。
- 9 補助の定員（9,500人）に達した時点で、補助を打ち切ります。