

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		組合員等番号	
医療機関名		受診年月日	令和 年 月 日
予防接種費用	_____ 円 領収書の予防接種に係る金額を 記入してください。	市町村等の助成はありましたか。 <input type="checkbox"/> なし 助成額 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 円	
受付番号	※この欄には記入しないでください。	共済組合補助 決定額	_____ 円 ※この欄には記入しないでください。

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	組合員氏名			
	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	<input type="checkbox"/> 印		
	電話番号			

《注意事項》

- 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。
- 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。
- 領収書（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
- 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。
- 市町村等の助成がある場合は、その助成額がわかるものを添付してください。（65歳以上、妊婦等）
- 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。
- 補助対象は令和8年10月1日から令和8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。
- 請求締切日は令和9年1月29日（必着）です。
- 補助の定員（8,000人）に達した時点で、補助を打ち切ります。