

毎月申請締切:接種日の翌月10日まで
最終申請期限:令和7年3月10日まで(支部(福利課)必着)

※京都支部受付印

公立学校共済組合 京都支部
令和6年度 インフルエンザ予防接種促進事業申請書

所属所名					組 合 員 氏 名	(※旧姓使用を届出ている場合でも、戸籍上の氏名を記入してください)					
所属所コード					組 合 員 証 番 号 (職員番号ではありません。)	公立京都					
所属所電話番号					接 種 年 月 日	令和	年	月	日	(対象期間:令和6年10月1日～令和7年2月28日)	
接 種 費 用 額	円				助 成 決 定 額	円 (※この欄は記入しないでください)					

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、助成金を申請します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合京都支部長 様

組 合 員 氏 名 印

(本人自署の場合は押印不要)

-----ここから下に、領収書(原本)を貼付してください。-----
(この面に貼り付けられない場合は、裏面に貼り付けてください。)

・下記注2の①～⑥がすべて記載された領収書を添付できない場合は、下記の「領収書」欄に医療機関で記入・押印してもらうことで領収書の添付に代えることができます。ただし、費用がかかる場合は自己負担となります。

領 収 書									
様									
金額	¥								円
但し、インフルエンザ予防接種代として									
領収年月日: 令和 年 月 日									
接種年月日: 令和 年 月 日									
医療機関所在地									
医 療 機 関 名									
領収印									

注1 他の助成制度により助成を受けている場合は、「接種費用額」はその額を控除した金額を記入してください。
また、接種費用額が1,000円に満たない場合はその額を助成します。

注2 医療機関発行の領収書には以下①～⑥が記載・押印されていること。(詳細は裏面参照)
①宛名(組合員のフルネーム) ②予防接種料金 ③接種年月日 ④医療機関名 ⑤医療機関領収印 ⑥接種内容(「インフルエンザ予防接種」と明記。「予防接種」のみは不可)

※ 助成金は原則として、申請期限日の属する月の25日に、届出口座(医療費等給付金口座)へ振り込みます。
なお、助成金決定通知書は発行しませんので、入金の確認は各自が通帳等で行ってください。

▼提出先は、組合員―所属所―公立学校共済組合 京都支部 厚生貸付係 担当

領収書についての注意事項

★ 領収書必須記載事項 (□に✓を入れて確認の上、貼付してください。)

- ☐ ① 予防接種を受けた組合員の氏名(姓のみは不可)
- ☐ ② 予防接種料金(複数人分まとめた金額や、他の診療と併せて記載されている場合は、組合員本人の接種料金が分かること。また、金額が訂正されているものは不可。)
- ☐ ③ 接種年月日
- ☐ ④ 医療機関名
- ☐ ⑤ 医療機関領収印
- ☐ ⑥ 「インフルエンザ予防接種」を受けたことが明記されている。(「予防接種」のみは不可)

※インフルエンザ予防接種の記載がない場合、下記(1)又は(2)で対応すること。

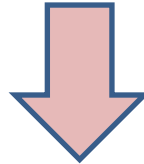
- (1) 余白にインフルエンザ予防接種である旨を医療機関に追記してもらう。
(手書きの場合は、医療機関の証明印が必要)

ただし、予防接種名が記載されたシールが貼付されている場合は記入は不要です。

- (2) 予防接種名が記載された証明書類を別途添付する。

証明書類(診療明細、予防接種済証など)には、インフルエンザ予防接種のほか、氏名と接種年月日の記載が必要です。

※「助成金申請のため必要」と伝えて、必ず明記してもらってください。



フルネームですか？

領 収 書

① 京都 花子 様

発行日: 令和6年10月5日

③ 受診日: 令和6年10月5日

保 健	初・再診料	医学管理等	在宅医療	投薬
	手術	麻酔	検査	病理診断
保 険 外 負 担	保険外併用療養費	文書料	保険外診察	妊婦検診
	その他			予防接種
				② 3,500

「予防接種」のみは不可。必ず「インフルエンザ予防接種」と明記

前未収金	
請求金額	
今回未収金	
領収金額	

⑥ インフルエンザワクチン接種



重要

インフルエンザ予防接種の記載が必要です。

記載がない場合は、但し書きによる記載(手書きの場合は、医療機関の証明印が必要)または、別途証明書類の添付が必要

領収印は必要です。

京都市上京区下立売通

④ 共済クリニック

075-123-4567

⑤ 領収印

