

令和5年3月8日(水)共済組合必着

受付番号	※ <b>予防接種の接種日において、組合員資格がある方</b> が補助対象です。
	※一つの予防接種に対して一枚の請求書を作成してください。

令和4年度 予 防 接 種 補 助 請 求 書

組合員証番号 (保険証の番号)	(公立三重)	所属所名	
組合員氏名		所属所コード	
		所属所又は 連絡先電話番号	- -
今年度請求回数	回目	※今年度中途退職し、再度採用された場合でも、請求できる回数は通算2回までです。	
医療機関名		接種年月日	令和 年 月 日
予防接種費用	円 予防接種に係る金額を記入してください。	予防接種種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他( )
補助決定額	円 ※この欄には記入しないでください。	(※回答必須) 自治体や他団体から同様の補助を受けましたか? ↓必ずどちらかをチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 受けていない 自治体等からの補助額 <input type="checkbox"/> 受けた・請求中 ⇒ 円	

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合三重支部長 様

請求者 住所  
氏名

上記組合員氏名と同じ

医療機関による証明 (領収書及びその他の添付書類で確認できる場合は、この欄の記載は不要)

領収書貼付欄

医療機関証明欄	予防接種対象者	
	予防接種種類	1. インフルエンザ 2. その他 ( )
	予防接種費用	円 接種日 年 月 日
	上記のとおり予防接種を行い、その費用について領収済であることを証明します。 年 月 日	
	医療機関名	
	代表者名	<input type="checkbox"/> 印
	電話番号	

上記「医療機関証明書欄」のすべての事項にもれなく記入、押印がある場合に限り領収書(コピー可)の添付は不要です。ただし、証明に係る料金は自己負担となります。

当支部以外から同様の補助を受けた(受ける)場合は、その補助額が確認できるものを添付してください。

医療機関証明に代えて領収書を添付する場合は、次の①から⑤の全ての事項が確認できるものを添付してください。

- ①接種対象組合員氏名 ②予防接種を受けたことが確認できる事項(手書きによる追記の場合は医療機関の押印要)
- ③接種費用 ④接種日等⑤医療機関名

(表面に貼り付けられない場合は、裏面に貼付してください。)

公立学校共済組合三重支部の**一般(船員)組合員本人のみ補助対象**です。(被扶養者、任意継続組合員は対象外)

給付決定後に所属へ決定通知を送付しますが、処理の都合上、振込み後に決定通知を送付します。

補助金は、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4年度の4月から2月末日までに接種ものに限りです。

請求期限は令和5年3月8日(共済組合必着)です。(不備返送分の再提出も同様に取り扱います。)

年度予算に達した場合は、請求書の受付を締め切ります。(締め切りが近づいたら、別途通知文書にてお知らせします。)

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。

この面に、領収書をはがれないよう、しっかりと貼り付けてください。

インフルエンザの予防接種を2回接種した場合や、種類の違うワクチンを接種した場合（同日であっても）、請求書はそれぞれ1枚作成してください。

充指導主事の方、市町費職員（幼稚園教諭、給食調理員等）の方について、勤務先の所属所から提出いただいても構いませんが、必ず勤務先の所属所コードを記入してください。所属所コードの記入がない場合は、原籍所属所へ補助金の交付通知書を送付し

受付番号

接種の接種日において、組合員資格がある方が補助対象です。  
※一つの予防接種に対して一枚の請求書を作成してください。

令和4年度 予防接種補助請求書

組合員証番号  
(保険証の番号)

(公立三重) 12345678

休職中の方は連絡のつく電話番号を記入してください。

公立共済高等学校

医療機関へ掛かる際の保険証にて確認してください。34240010は保険者番号であり、組合員証番号ではありません。

公立 花子

所属所コード  
所属所又は  
連絡先電話番号

654321

059 - 224 - 2989

1 回目

※今年度中途退職し、再度採用された場合でも、請求できる回数は通算2回までです。

共済医院

接種年月日

令和 4 年 10 月 28 日

接種年月日が令和4年度の4月から2月末日まででなければ補助できません。

イン  
 その他

その他に○をつけた場合は予防接種の種類を記入してください。

補助決定額

\_\_\_\_\_円  
※この欄には記入しないでください。

(※回答必須) 自治体や他団体から同様の補助を受けましたか？

↓※必ずどちらかをチェックしてください。

受けていない

自治体等からの補助額

受請求中

⇒ 1,000 円

上記のとおり請求します。

令和 4 年 11 月 2 日

公立学校共済組合三重支部長 様

どちらかに必ず○をつけてください。  
(※記入漏れの多い箇所です)

請求者 住所  
氏名

津市広明町13番地  
上記組合員氏名と同じ

医療機関による証明 (領収書及びその他の添付書類で確認できる場合は、この欄の記載は不要)

医療機関による証明欄にすべての事項にもれなく記入、押印がある場合は、領収書の添付は不要です。その場合は、貼り付けないでください。

領 収 書

患者番号 123456  
患者名 公立 花子 様

発行日 令和〇年〇月〇日

	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断
保 険	円	円	円	円	円	円
	投薬	リハビリテーション	処置	手術	麻酔	その他
	円	円	円	円	円	円
保 険 外 負 担	保険外併用療養費	室料差額	文書料	器材・容器代	電気代	
	円	円	円	円	円	
	健診代	その他				
	円	3,800 円	円	円	円	

前未収金	円
請求金額	3,800 円
今回未収金	円
領収金額	3,800 円

※インフルエンザワクチン接種  
三重県津市広明町13番地  
共済医院  
059-224-2990

領収印 共済医院

## 領収書についての注意事項

発行日 令和●年●月●日

1. 組合員氏名(フルネーム)で記載されていない場合は補助することはできません。  
 ※予防接種の接種日において、組合員資格がある方が補助対象です。

患者番号 1 2 3 4 5 6  
 患者名 公立 太郎 様

保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	検査料	薬料	手術料	検査診断	
	円	円					円	
	投薬	リハビリテーション	処置				円	
保険外負担	円	円						
	保険外併用療養費	室料差額	文書料				円	
	円	円					3,800 円	
	健診代	その他						
	円	3,800 円	円	円	円	円	円	
							今回未収金	円
							領収金額	3,800 円

2. 「その他」などに金額が書いてあるだけでは、予防接種を受けたことが確認できません。その場合は、注意事項3.のとおり追記と医療機関の押印(窓口の担当者の印で可)が必要です。「予防接種」、「ワクチン」、「ワクチン名」が印字されている場合は可とします。  
 「注射」のみの印字は不可とします。(予防接種による注射であるか否かが判断できないため。)

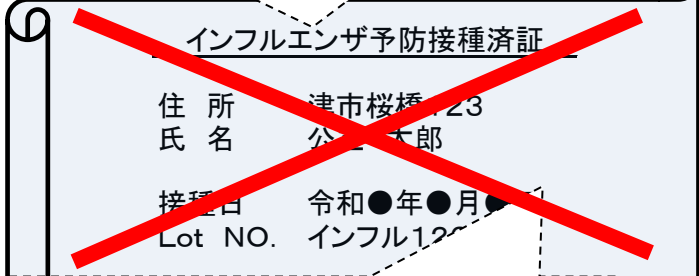
※インフルエンザワクチン接種 共済 病院

領収印 共済 病院

三重県津市広明町13番地  
 共済 病院  
 059-224

3. 手書きで但し書きが追記してある場合、この但し書きの所にも医療機関の押印が必要です。(領収印とは別に必要です。)  
 印がないと、改ざんされた領収書とみなす場合があります。  
 なお、ワクチン名及び番号が記載されたシールの貼付のみの場合も、手書きの追記と医療機関の押印が必要です。(シールは容易に貼りかえることができるため。)

4. 「インフルエンザ予防接種済証」の添付は不要です。



5. 金額の確認できない予防接種済証と、予防接種を受けたことが確認できない領収書を一緒に添付していただいても、予防接種と金額の関連が分かりません。

予防接種補助請求書の「医療機関証明欄」に医療機関の記入・押印がある場合は、領収書の添付は不要です。