

令和5年3月8日(水)共済組合必着

受付番号 ※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。  
※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 予防接種種類  インフルエンザ  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。  
 受けていない 自治体等からの補助額 円  
 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  
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。  
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  
電話番号  
印

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。)

(R3.10)

共済組合受付印

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

受けています

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

らせします。)

