(R7.4)

共済組合受付印

請求期限：令和8年3月9日（月）共済組合必着

共済組合使用欄	
受付番号	補助決定額
	円

令和７年度　予　防　接　種　補　助　請　求　書

組合員等 記号番号	（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	**※今年度に中途退職し、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	□ インフルエンザ □ その他（　　）
他団体からの 補助の有無	**（回答必須）自治体や他団体からこの予防接種に対する補助を受けますか？** ↓ **必ずいずれかをチェック**してください。 □ ① 受けない □ ② 受けた・請求中　⇒ 補助額：　　円 ⇒ **②の場合は、その補助内容が分かる書類（コピー可）も添付してください。** □ ③ 補助を受けたが、医療機関の領収書に記載の領収額がすでに補助分を控除した額である。		

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）

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　　印 電話番号		

領収書貼付欄

この面に、領収書をはがれないよう、しっかり貼り付けてください。

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。

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。

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接種対象者氏名　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接種年月日　⑤医療機関名

（注意事項）

- 組合員等記号番号の確認方法は右の二次元コードをご参照ください。
- 予防接種を受けた時点で公立学校共済組合三重支部の**一般組合員・短期組合員・後期高齢組合員の本人が補助対象**です。任意継続組合員及び被扶養者は対象外となります。
- 決定通知は所属所へ送付しますが、処理の都合上、振込み後の送付となります。
- 補助金は当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。
- 補助対象は年度内の４月から２月末日までに接種したものに限ります。
- 不備返送分の再提出も請求期限までに必着です。
- 予算額に達した場合は受付を締め切ります。その場合は通知及びホームページにて事前にお知らせします。
- 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。
- 保険適用となった予防接種については補助対象外です。

組合員等番号の確認方法はこちら