

(別紙)

共済組合受付印

受付番号

予 防 接 種 補 助 金 請 求 書

組合員氏名		所属所名	
組合員証番号	(公立宮崎)	所属所コード	
		所属所電話番号	- -
医療機関名		接種年月日	令和 年 月 日
予防接種費用	円 予防接種に要した自己負担額を記入してください。	予防接種の種類 (○をつけてください) 1. インフルエンザ 2. 麻しん (はしか) 3. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 4. 風しん (三日はしか) 5. 水痘 (水ぼうそう) 6. 麻しん風しん混合	
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
公立学校共済組合宮崎支部長 殿

住所
請求者
氏名

印

※自筆署名の場合は押印省略可。

領収書等貼付 (のり付け) ※領収書が収まらない場合は、裏面に貼付してください。

■領収書必須記載事項

- ① 接種者氏名
- ② 予防接種の種類 (※)
- ③ 予防接種料金
- ④ 接種年月日
- ⑤ 医療機関名

※予防接種の種類が手書きで書いてある場合は医療機関の証明印または別途証明書の添付が必要です。詳しくは別紙「領収書についての注意事項」を御確認ください。

- * 対象は公立学校共済組合員本人のみです。被扶養者、任意継続組合員は対象外となります。
- * 請求は随時受け付けます。ただし、当該実施年度の最終提出期限は、別途通知等で御確認ください。
- * 原則として翌月末に届出口座 (共済組合短期給付金口座) へ振り込みますので、通帳で御確認ください。
- * 市町村やその他団体から同様の補助等がある場合は、その額を差し引いた額を補助対象とし、補助額を下回る場合は、その実費額を補助します。
- * この1枚で複数種類の請求はできません。(1種1枚でお願いします。)