

インフルエンザ予防接種補助請求書

組合員氏名						所属所名					
組合員証番号	(公立大分)					所属所コード					
						所属所電話番号	- -				
医療機関名						受診年月日	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。					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、インフルエンザ予防接種を受けたので請求します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合大分支部長 殿

住所

請求者(組合員)

氏名

領収書貼付欄

※必ず領収書を貼付してください。(コピー可。文字等がはっきりと読み取れることをご確認ください。)

(例) 診療費請求書兼領収書

患者番号 123456 発行日 令和●年●月●日
患者名 公立 太郎 様

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断
	円	円	円	円	円	円
保 険 外 負 担	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	薬剤費	文書料	器材・器代	電気代	
	円	円	円	円	円	
保 険 外 負 担	健診代	予防接種				
	円	3,800 円	円	円	円	

大分市府内町 3-10-1 公立 病院 012-345-6789

※インフルエンザが
予防接種 共通

領収印 共通

前未収金	円
請求金額	3,800 円
今期未収金	円
領収金額	3,800 円

【提出前にご確認ください】

○「インフルエンザ予防接種」と明記されていますか？

「予防接種」のみの記載では予防接種の種類がインフルエンザであるか判断できません。
領収書以外にインフルエンザ予防接種であることが明記された明細書が発行されている
場合は領収書と明細書の両方を添付してください。
記載がない場合は、医療機関(又は窓口担当者)に手書き記載と押印を受けてください。

○領収書の接種者氏名が無記名、または名字のみになっていませんか？

接種者の特定のために、フルネームで記載されているか確認してください。

○接種日が記載されていますか？

○医療機関の領収印が不明瞭ではありませんか？

領収印がない場合は、領収印のある領収書の発行を医療機関から受けてください。

※押印廃止により医療機関が領収印を省略している場合には、余白に「領収印廃止」と記載してください。

※1 対象者は**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。

※2 領収書は、①接種者氏名 ②**インフルエンザ予防接種であること** ③接種費用 ④受診年月日 ⑤医療機関名
がわかるものを貼付してください。

※3 補助金は、公立学校共済組合への届出口座(給付金受取口座)へ振り込みます。

※4 1月末日までに**公立学校共済組合大分支部へ請求書を提出**してください。(必着)

※持参または郵送により提出すること (FAX・庁内連絡による提出不可)

領収書が収まりきらない場合は裏面に貼付してください。