

令和6年度インフルエンザ予防接種助成金申請書

提出期限
令和7年2月14日(必着)

組合員証番号		組合員氏名 (接種者)	※家族及び任意継続組合員は対象外です。
所属所コード		所属所名	
接種年月日	令和 年 月 日	接種費用額	円
医療機関名		助成決定額	円 ※ この欄は記入しないでください

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日
公立学校共済組合山口支部長 様
(申請者) 住所
氏名

提出先	逕送の場合 山口県教育庁 教育政策課 厚生班 宛	郵送の場合 〒753-0072 山口市大手町2-18 山口県教育会館2F 山口県教職員健康管理センター内 公立学校共済組合山口支部 厚生班 宛
-----	---------------------------------------	---

----- ここから下に、領収書(写し可)を貼付してください -----
(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。)

【留意事項】

・次の①から⑤の事項が確認できる領収書(写し可)を貼付してください。

- ① 接種組合員氏名 ② 接種内容(インフルエンザ予防接種であることがわかる表記が確認できること)
③ 接種費用 ④ 接種年月日 ⑤ 接種医療機関名

- ・助成対象は令和7年1月31日までに接種したものに限りです。
- ・2回接種した場合でも、助成は1回のみとなります。
- ・助成金は原則として、申請書を受付けた日の属する月の翌月末日までに、共済組合への届出口座に振り込みます。なお、決定通知書は発行しませんので、助成金の確認は各自が通帳等で行ってください。
- ・上記①～⑤の事項を確認できる領収書を添付できない場合は、上記項目が記載されている他の書類(医療費明細書等)を添付することや、下記の「医療機関による証明」欄に証明を受けることで領収書に代えることができます。ただし、証明に要する費用は組合員の負担となります。

医療機関による証明 ※ 領収書で確認できる場合は、この欄の証明は不要です。

医療機関証明欄	予防接種種類	インフルエンザ予防接種
	予防接種対象者	
	予防接種日	令和 年 月 日
	予防接種費用額	円
	上記のとおり、インフルエンザ予防接種を行い、その費用について領収済みであることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名 代表者名	
		印