

令和 8 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9年2月12日(必着)

組 合 員 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	通 送 の 場 合	郵 送 の 場 合
	山 口 県 教 育 庁 教 育 政 策 課 厚 生 班 宛	〒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9年1月31日までに接種したものに限ります。
- ・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。
- ・添付書類の内容に不明な点が生じた場合は、共済組合から予防接種を実施した医療機関へ問い合わせる場合があります。

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	