

インフルエンザ予防接種助成金請求書

					※決定金額	円
組合員等記号番号		組合員氏名			所属所名	
—						
被接種者氏名	生年月日	続柄	実施年月日	支払額	請求金額 (1回1,000円)	
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	円	円	
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	円	円	
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	円	円	
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	円	円	
	S・H・R 年 月 日		R 年 月 日	円	円	
合 計					円	
<p style="text-align: center;">上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">栃木県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請求者 組合員氏名</p>						

添付書類

- ・ 請求書の裏面に、医療機関発行の領収書の原本を貼付してください。
- ・ 領収書には、被接種者氏名・予防接種名・予防接種額が明記されている必要があります。
- ・ 医療費の領収書に予防接種の費用が含まれている場合は、領収書の写しに所属所の原本証明を受けて貼付してください。(領収書を医療費控除に使用するときなど原本を貼付できない場合)
- ・ 領収書がレシートの場合は、被接種者氏名・予防接種名、医療機関等の証明を受けてください。
- ・ 予防接種費用は医療費控除の対象にはなりません。

注意事項

- ・ 予防接種の助成対象者は、組合員（任意継続組合員は除く。）及びその被扶養者です。
- ・ 予防接種の自己負担額が1,000円以上の場合、1人1回あたり1,000円を年度内に2回まで助成します。
- ・ 居住地独自の助成があり、その助成額控除後の金額が1,000円未満の場合は、助成の対象となりません。
- ・ 助成金の送金先は、組合員の共済組合登録口座です。
- ・ 組合員あて送金通知書の発行はしませんので、通帳で入金を確認をしてください。