請求は、組合員・被扶養者の接種が全て終了してから、
まとめて年度内１回のご協力をお願いします。

インフルエンザ予防接種助成金請求書

ここは記入しないでください。

※決定金額	円

組合員等記号番号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名
123 — 456	共済 太郎	○○市役所

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）
共済 花子	(S)・H・R○年 ○月 ○ 日	妻	R ○ 年 10月 22日	3,500 円	1,000 円
共済 一郎	S・(H)・R○年 ○月 ○ 日	長男	R ○ 年 10月 22日	3,500 円	1,000 円
共済 次郎	S・(H)・R○年 ○月 ○ 日	次男	R ○ 年 10月 22日	1,500 円	1,000 円
共済 次郎	S・H・(R)○年 ○月 ○ 日	次男	R ○ 年 11月 25日	1,500 円	○○市 1,000 円申請済 1,000 円
合 計					○○市 1,000 円申請済 4,000 円

＜居住市町村で助成がある場合＞居住市町村に申請してから当組合に請求してください。

- 「支払額」は居住市町村の助成がある場合、控除後の額を記入してください
- 請求書の余白に「○○市○○円申請済」等、申請済みであることを記載してください。居住市町村と同一市町村の病院で接種し、領収書が助成後の額の場合は記載不要です。

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。

栃木県市町村職員共済組合理事長　様

○○ 年○○ 月○○ 日

住　　所　○○○市○○町1－1－2

請求者

組合員氏名　共済　太郎

領収書は裏面に糊付けしてから共済事務担当課へ提出してください。

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。

接種日も必要です。

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、通帳で入金の確認をしてください。

令和7年度分の請求は令和8年3月31日が期限（共済組合必着）となりますが、所属所によって締切りが異なりますので、余裕をもって共済事務担当課へ提出してください。