

(様式第8号)

インフルエンザ予防接種助成金請求書

\*決定額

円

所属所名	〇〇市			
所属所番号	△△△	組合員番号	△△△△	
組合員名前	共済 太郎			
被接種者名前	接種年月日	自己負担額	うち公費負担額	*助成額
共済 太郎	△△△△年△月△日	2,000円	円	円
共済 次郎	△△△△年△月△日	2,000円	1,000円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円

上記のとおり助成金を請求します。

広島県市町村職員共済組合理事長 様

△△△△年△△月△△日

組合員名前 共済 太郎

この請求書には、医療機関等が発行した領収書（被接種者名、予防接種名、予防接種額、自己負担額が明記されているもの）を添付してください。

\*印欄は記入しないでください。

(この申込書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)

領収書を貼り付けてください。

- 被扶養者分の請求がある場合はご本人と併せて一括して請求してください。  
領収書が複数枚になる場合は重ねて貼り付けてください。  
**1枚の領収書で複数人分の証明となっている場合は、被接種者全員の名前の記載が必要です。**  
領収者が組合員で被扶養者が予防接種を受けた場合は、被接種者である被扶養者の名前の記載が必要です。
- 領収書の返却を希望される方は、コピーを貼り付け原本を添付してください。
- 領収書は「インフルエンザ予防接種」、「インフルエンザワクチン代」等、必ず「インフルエンザ」という文言が記載された領収書を受領してください。  
領収書に記載がなく、明細書等に「インフルエンザ」の記載がある場合は、領収書と明細書等の両方を添付してください。
- 共済組合に届け出ている「給付金等受取金融機関」に変更がないかご確認ください。  
(名前の変更、口座の廃止などにより送金できない場合、別途送金手数料が発生します)