

令和6年度 インフルエンザ予防接種助成金請求書

助 成 金 円

接種者氏名	区 分 (被扶養者の場合には年齢も記入要)	助 成 金
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (年齢 歳)	円
	<input type="checkbox"/> 被扶養者 (年齢 歳)	円
	<input type="checkbox"/> 被扶養者 (年齢 歳)	円
	<input type="checkbox"/> 被扶養者 (年齢 歳)	円

※ インフルエンザ予防接種助成の対象者は、75歳未満の組合員及び18歳以上65歳未満の被扶養者です。

上記金額を医療機関の領収書の写し(裏面貼付)を添えて請求します。

年 月 日

請 求 者

所 属 所 名

組 合 員 証 号
記 号 - 番 号

組 合 員 氏 名

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

(注意事項)

- 各市町村等のインフルエンザ予防接種助成との併用も可能ですが、あくまでも自己負担が発生した場合のみ請求可能です。
- 助成金の上限は、お一人一回の接種につき、1,000円までです。
- 助成金の送金先は、共済組合に登録してある組合員の銀行口座になりますので、口座解約・氏名変更にはご注意ください。
- 領収書については、以下の事項が記載されたものを添付願います(レシート不可)。
<領収書に記載が必要な事項>

- 接種者氏名
- 支払金額
- 接種年月日

- インフルエンザ予防接種費用と識別できるもの
- 医療機関名
- 領収印