

## 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 2,000 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
共済 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (年齢 歳)	1,000 円
共済 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (年齢 40 歳)	1,000 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。

令和 6 年 12 月 1 日

請求者 所属所名 ○○市

組合員証号 9999 - 111  
記号 - 番号

組合員氏名 共済 太郎

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 インフルエンザ予防接種費用と識別できるもの 支払金額 医療機関名 接種年月日 領収印