様式第１号

インフルエンザ予防接種助成金申請書

（ 組 合 員 送 金 用 ）

所属所名	組合員等記号・番号	組　合　員　氏　名		
	―			
被接種者氏名（組合員との続柄）	接種実施年月日	医療機関等での支払額（A）	居住地市町村等の助成額（B）	最終自己負担額（A）－（B）
（　　）	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

＊居住地市町村等のインフルエンザ予防接種助成を申請した場合は、被接種者氏名、その助成の名称及び助成額を下の欄に記入してください。

【　　】

申 請 金 額
円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、領収書を添えて申請します。

群馬県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

住　所

申　請　者

氏　名

添付書類

① 申請書の裏面に、医療機関発行の領収書の原本を貼付してください。

② 他の用途に使用するため領収書の原本がないときは、領収書の写しに所属所長の原本証明を受けて貼付してください。なお、領収書の原本を添付できない理由を下の欄に具体的に記入してください。

［領収書の原本を添付できない具体的な理由］

【　　】

注意事項

① 領収書には、医療機関による次の事項の記載が必要となりますので、必ず確認してください。

・予防接種名（インフルエンザ）・被接種者名　・予防接種日　・予防接種料金　・医療機関名

② 助成対象者は、組合員（任意継続組合員を除く。）及びその被扶養者（被扶養配偶者及び実施年度の４月１日現在満１８歳未満の被扶養者）に限ります。

③ 予防接種の最終自己負担が1,000円以上の場合、1人1回に限り1,000円を助成します。

④ 予防接種の助成対象期間は、10月1日から翌年1月31日までの4ヵ月間です。

申請書の最終締め切りは、2月末日共済組合受付分までとなります。

⑤ 助成金の送金先は、全額組合員送金口座になります。

⑥ 組合員あての送金通知書は発行しませんので、預金通帳で入金を確認してください。