(単独助成用) (保健事業様式第5号)

令和7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	
	□ 本人□ 被扶養者 (年齢 歳)	F.	3
	□ 被扶養者 (年齢 歳)	F.	3
	□ 被扶養者 (年齢 歳)	F.	3
	□ 被扶養者 (年齢 歳)	F.	
※ 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	平 万	Н
明水石			
	組 合 員 等 記 号 - 番 号		
	組 合 員 氏 名		
	組合員生年月日	年	月日
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・ □支払金額 □ 医療機関□接種年月日 □ □ 領収印	エンザ予防接種費用と識別できるもの 引名		

(注意事項)