

事務局長	課長	課員

別紙様式第5号の2

インフルエンザ予防接種助成金請求書

					助成金決定額	※	円
組合員等 記号・番号	一		組合員 氏名	所属 所名			
氏名	生年月日	続柄	実施年月日	実施機関で支払った 金額	請求金額		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
<p>上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求します。</p> <p>香川県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p>							
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>							

備考

- この請求書には、実施医療機関が発行した氏名、金額等の内訳が明記された領収書を添付してください。
- 1回当たりの金額が助成額に満たない場合は対象となりません。
- ※印欄は記入しないでください。

領収書はここに貼付してください。

< 領収書の記載内容等について、次の事項を確認してください >

- 領収書は原本を貼付してください。(レシートは不可)

医療費の領収書に予防接種の費用が含まれていて、領収書を医療費控除に使用される場合は、領収書の写しに所属所長の原本証明を受けてください。

- 領収書に次の事項の記載がありますか
- ・ 氏名の記載(2名以上の場合は、領収書の余白に全員の氏名を記入)
 - ・ 接種日の記載
 - ・ 金額の記載(複数の場合は、1人1回あたりの額)
1人1回あたりの額が助成金額以上か確認してください。

お問い合わせ：香川県市町村職員共済組合 保険健康課
TEL 087-851-6769