

(様式第1号)

インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

年 月 日

地方職員共済組合奈良県支部長 様

インフルエンザ予防接種を受けましたので、下記のとおり助成金を請求します。

助成金請求額 2,000円 ・ 1,000円
丸をしてください。(注意事項(2)参照)

請求者	接種日 (10/1~翌年1/31)	
	保険証番号 (組合員番号)	地・奈良
	組合員氏名	
	所属名	
	内線又は電話番号	

○添付書類について

領収書の原本(コピー、レシート不可)

本請求書の裏面に、はがれないように糊などで貼付してください。

領収書には、下記の項目の記載が必須です。

①受診者氏名

②接種内容(「インフルエンザ」の明記がなければ無効となります)

※領収書にインフルエンザの明記がなく、診察明細書に明記がある場合は、領収書と診察明細書の両方(原本)を裏面に貼って提出してください。

③接種日

④接種費用(自己負担額)

⑤接種医療機関名

※接種費用のみの領収書を添付してください。他の医療費を含んだ領収書を添付された場合でも領収書は返却しませんのでご注意ください。

○注意事項

(1) 助成対象者は組合員本人(接種日に資格があること)です。

被扶養者及び任意継続組合員は対象となりません。

(2) 助成金額は、2,000円。接種費用が1,000円以上2,000円以下の場合は、1,000円。(1人1回まで)

(3) 助成対象期間は、接種日が10月1日~翌年1月31日です。

なお、**請求期限は2月末日(消印有効)**です。

(4) 請求は年度内1回です。地方職員共済組合奈良県支部へ提出してください。

(5) インフルエンザ予防接種は、医療費控除の対象外です。

必ず領収書原本を添付してください。