

インフルエンザ予防接種助成金請求書

組 合 員 記号・番号	記号												
	番号												
接種日				接種金額（自己負担額）				請求金額					
令和 年 月 日				円				円					
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。 （あて先） 神戸市職員共済組合理事長 令和 年 月 日													
請求者	フリガナ												
	組合員氏名 職員番号（ ）												
			電話	※日中の連絡先									
振込口座 ※本人名義 に限る。	銀行			支店		店番					預金種目		普通・当座
	口座番号							フ リ ガ ナ 組合員口座名義					
職員番号		※退職派遣のみ記入											
所属名		（記入例）〇〇(株)〇〇課、神戸市〇〇労働組合											

〔添付書類〕

- ・医療機関発行の領収証の原本又は写しを添付してください（レシートは不可、詳細は裏面参照）。
- ・ご提出いただいた領収証は返却いたしません。
- ・上記「振込口座」の通帳コピー（1ページ目（表紙裏面）と2ページ目（表紙裏面の次ページ））。

〔注意事項〕

- ① 太枠内に記入してください。
- ② 予防接種の助成対象者は、**接種日現在の組合員本人**に限ります。
- ③ 10月1日から翌年の1月31日までの間に予防接種を受けた場合に助成の対象となります。
- ④ 請求書は下記まで庁内メール、郵送もしくはご持参ください。請求の締切は各月末日とし、
11月25日までに到着分を1月末日までに、最終締切まで分を3月末日までに口座振込みします。
 なお、最終締切は2月6日（必着）となりますので、早めに提出してください。

【送付先】〒650-0034 神戸市中央区京町72 新クレセントビル9階

神戸市職員共済組合（行財政局厚生課衛生管理担当）

- ⑤ 支払通知は送付しませんので、通帳で入金の確認をして下さい。

⇒ 裏面へ

《☒ 提出前に次の事項を確認してください》

☐ 領収証は返却いたしません。

レシートや診療明細書のみは不可です。

手書きの領収証の場合は、病院の領収印が必要です。

領収証に次の事項の記載がありますか？

☐ 被接種者氏名（組合員本人の氏名）

☐ 予防接種名としてインフルエンザの記載

記載がない場合は診療明細書（インフルエンザの記載のあるもの）を添付してください。

領収証、診療明細書のいずれにもインフルエンザの記載がない場合は、接種を受けた医療機関に「インフルエンザ」と手書き記載してもらってください。

☐ 接種日

10月1日から翌年1月31日まで

医療機関発行の領収証の原本又は写し

振込口座のコピー

をこちらに

のりで貼り付けしてください。

（レシートは不可）

※領収証等の内容に不明な点がある場合、接種医療機関に問い合わせをする場合があります。

担当：神戸市職員共済組合（行財政局厚生課 衛生管理担当）