インフルエンザ予防接種助成金請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員証  記号・番号 | | 記号 | | | １・３・４ | | | | | | | | | | | | ←保険証を確認の上、いずれかに○ | | |
| 番号 | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |
| 接種日 | | | | | | | | 接種金額（自己負担額） | | | | | | | | | | 請求金額 | |
| 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 | 所属コード | | |  | |  | | |  | |  | | 所属名 | | |  | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |
| 組合員氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※日中の連絡先 |
| 神戸市職員共済組合HPからのWEB申請の有無（いずれかに〇） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 有 | | | 無 | | | | | | | ※できる限りWEBからも併せて申請いただきますようお願いいたします。 | | | | | | | | |
| 〔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）。  ・ご提出いただいた**領収証は返却いたしません。**領収証の詳細については裏面をご参照ください。  〔注意事項〕  　　① 太枠内に記入・押印してください。  　　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 １回の予防接種で自己負担額に応じた額を助成します（１人１回まで）。  ⑤ 請求書は**個人で**提出してください。助成金は**給与に併給**して交付します。（１２月１８日までに到着分を１月給与に、最終締切まで分を３月給与に併給）  なお、最終締切は２月８日（必着）となりますので、早めに提出してください。  　　⑥ 支払通知は送付しませんので、給与明細書の「共助保険等配当金」欄を確認してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**⇒ 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 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  ※ 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。  お問い合わせ先：神戸市職員共済組合  （行財政局厚生課　衛生管理係）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 078-322-5110　内線954-6766 |