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・５・６ | ←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）** |  |
| 有申込№（　　　　　） | 無 | **※原則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。（１１月２５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）　　　**会計年度任用職員**は、**口座振込**になります。（振込先：神戸市職員共済組合資格取得時に「給付金振込口座」として指定した口座　　振込時期：令和５年1月末日及び３月末日）**最終締切は２月７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**医療機関発行の領収証の原本又は写し**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） |

 |