

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					
<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>(あて先)</p> <p>神戸市職員共済組合理事長</p> <p>令和 年 月 日</p>													
請求者	フリガナ										電話	※日中の連絡先	
	組合員氏名												
職員番号 ( )													
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										※本人名義のみ
職員番号		※退職派遣のみ記入											
所属名		(記入例) ○○(株)○○課、神戸市○○労働組合											
<p>[添付書類]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関発行の<b>領収証の原本又は写し</b>を添付してください（レシートは不可、詳細は裏面参照）。</li> <li>・ご提出いただいた<b>領収証は返却いたしません</b>。</li> <li>・上記「振込口座」の<b>通帳コピー</b>（1ページ目（表紙裏面）と2ページ目（表紙裏面の次ページ））。</li> </ul> <p>[注意事項]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 太枠内に記入してください。</li> <li>② 予防接種の助成対象者は、<b>接種日現在の組合員本人</b>に限ります。</li> <li>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。</li> <li>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、<b>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</b>します。なお、<b>最終締切は2月7日（必着）</b>となりますので、早めに提出してください。</li> </ol> <p>【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）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ol>													

《 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）