

公立学校共済組合 千葉支部長 様  
 一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

## 予防接種補助金請求書

下記のとおり請求します。

		※決定額	※				円
請求日	年 月 日		(共済分)				円
会員氏名 (請求者)		資格 (該当するものに✓)	互助	□有(再任用会員を含みます)			
職員コード(8桁)				□無(互助会の補助はありません)			
所属名			共済	□有			
所属コード				□無(共済組合の補助はありません) ※任意継続組合員対象外			
予防接種の種類 (○で囲む)	インフルエンザ	他機関からの 助成	□有 ※右に記入  □無	助成額	円		
	麻疹			助成先			
接種日	年 月 日	請求金額	円				

医療機関の証明  (領収書の添付ができない場合)	予防接種の種類 (○で囲む)	インフルエンザ 麻疹	接種日	年 月 日
	予防接種を受けた者の氏名		予防接種料金	円
	上記のとおり証明します。 年 月 日  医療機関名 印			

\*会員と請求者が一致しない場合は、事務局までお問合せください。

- 1 太枠※印欄は記入しないでください。
- 2 上記医療機関の証明又は請求者本人が負担した額の領収書(原本、コピー不可)の貼付により請求してください。  
領収書で請求する場合、『予防接種の種類』・『受診者氏名』・『受診日』・『領収金額』の記載が必要です。  
 また、領収書の場合は四辺に糊付し、請求書の裏面に、はがれないように貼り付けてください。
- 3 再任用勤務(週20時間未満)の方は、共済分の請求はできません。
- 4 予防接種の種類ごとに1枚の請求書を作成してください(年度内の補助は1回のみです。)