

インフルエンザ予防接種助成金請求書

整理
番号

令和 年 月 日
一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様
下記のとおり請求いたします。

組合員 (請求者) 記入欄	所属所コード	組合員番号	発生年月 (記入不要)	5	年 月	
	所属所名	TEL () -				
	フリガナ		加入年月	S	年 月	
	組合員の氏名	氏	名	(印)	R	
					生年月日	S
	予防接種を受けた日	R	年 月 日	インフルエンザ 予防接種料金		円
医療機関						
証拠書類 内容確認	領収書の記載内容を確認し、下記チェック欄に✓を記載してください。 <input type="checkbox"/> ①氏名 <input type="checkbox"/> ②接種日 <input type="checkbox"/> ③「インフルエンザ予防接種」の記述 <input type="checkbox"/> ④金額 <input type="checkbox"/> ⑤医療機関名と印 <small>※①～⑤まで電算で記載されている場合は、印は省略可</small>					

【注意事項】

1. この申請書は、組合員本人がインフルエンザ予防接種を受けたとき、1年度1回請求できます。
2. 互助組合からの助成上限額は1,000円です。インフルエンザ予防接種料金が1,000円に満たない場合は、実費を支払います。
3. 証拠書類として、次の記載がある領収書（コピー可）を添付してください。
 ①氏名 ②接種日 ③「インフルエンザ予防接種」の記述 ④金額 ⑤医療機関名と印

所属所 記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないと認めます。				
	令和 年 月 日				
	所属所長氏名	(職印)			
	事務取扱者氏名	(印)			

互助組合 記入欄	裁定	調査	給付日	受付日
	** インフルエンザ 予防接種助成			

個人情報の取扱について

インフルエンザ予防接種助成請求書 の内容は、資格調査、助成額算定、助成金送金処理のために利用いたします。



インフルエンザ予防接種助成金請求書

整理
番号

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様

下記のとおり請求いたします。

組合員 (請求者)	所属所コード	組合員番号	発生年月 (記入不要)	5	年	月
	0 0 0 0 7 8 9 0 0 0	0 0 5 6 7 8 9 0				
記入欄	所属所名	静岡市立駿河小学校		TEL	(054) 254-3626	
	フリガナ	サンボンバシラ	サブロウ	加入年月	S H	○ 年 ○ 月
	組合員の氏名	氏 三本柱	名 三郎	生年月日	S H	○ 年 ○ 月
	予防接種を受けた日	R	○ 年 ○ 月 ○ 日	インフルエンザ 予防接種料金	3,800 円	
	医療機関	○△□病院				
証拠書類 内容確認	領収書の記載内容を確認し、下記チェック欄に✓を記載してください。 <input checked="" type="checkbox"/> ①氏名 <input checked="" type="checkbox"/> ②接種日 <input checked="" type="checkbox"/> ③「インフルエンザ予防接種」の記述 <input checked="" type="checkbox"/> ④金額 <input checked="" type="checkbox"/> ⑤医療機関名と印 ※①～⑤まで電算で記載されている場合は、印は省略可					
【注意事項】						
1. この申請書は、組合員本人がインフルエンザ予防接種を受けたとき、1年度1回請求できます。 2. 互助組合からの助成上限額は1,000円です。インフルエンザ予防接種料金が1,000円に満たない場合は、実費を支払います。 3. 証拠書類として、次の記載がある領収書（コピー可）を添付してください。 ①氏名 ②接種日 ③「インフルエンザ予防接種」の記述 ④金額 ⑤医療機関名と印						
所属所 記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないと認めます。					
	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
	所属所長氏名	清水 太郎				
事務取扱者氏名	浜松 あおい					
互助組合 記入欄	裁定		調査	給付日	受付日	
	**	インフルエンザ 予防接種助成				

個人情報の取扱について

インフルエンザ予防接種助成請求書の内容は、資格調査、助成額算定、助成金送金処理のために利用いたします。