

令和5年度 インフルエンザ予防接種助成金請求書

請求者	職員コード						フリガナ				
							組合員氏名				
	所属 (派遣先)						所属電話番号 (日中の連絡先電話番号)				
被接種者氏名			続柄	接種日			接種金額 (自己負担額)		請求金額 (1,000円)		
組合員本人			本人	令和	年	月	日	円	円		
				令和	年	月	日	円	円		
				令和	年	月	日	円	円		
				令和	年	月	日	円	円		
				令和	年	月	日	円	円		
				令和	年	月	日	円	円		
合 計									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。
 助成金が給与併給できないときは、札幌市職員共済組合が給与担当課から私の給与振込銀行口座情報の提供を受けることに同意します。

(あて先)

札幌市職員共済組合理事長

令和 年 月 日

確 認	入 力

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

★領収書の記載内容をご確認ください★

必須項目が記載されていない領収書は受け付けできません。

《 必須項目 》

- ①予防接種を受けた方の氏名
- ②予防接種名「インフルエンザ」の表記
- ③接種日
- ④接種金額 (自己負担額1,000円以上)
- ⑤医療機関名

《 領収書に不足している項目がある場合 》

- ★不足している項目を医療機関で補記(手書き可)していただいでください。
- ★領収書と一緒に交付を受けた診療明細書に必要な項目の記載がある場合は、領収書と診療明細書の両方を貼付してください。

《 2人以上の接種をまとめた領収書の場合 》

- 上記の必須5項目
- 被接種者全員分の氏名
- 被接種者それぞれの接種金額

※被接種者それぞれ、
「1回の自己負担額が1,000円以上」
を確認する必要があります。

《 13歳未満の接種費2回分を一括で支払った領収書の場合 》

- 上記の必須5項目
- 1回目の接種日と接種金額
- 2回目の接種日と接種金額

※「接種日時点で資格のある方」
「1回の自己負担額が1,000円以上」
を確認する必要があります。

《こちらの面に医療機関発行の領収書（原本又はコピー）を貼付してください》

※コピーを貼り付けたときは原本の添付は不要です。コピーはなるべく縮小せず文字が鮮明なものを貼付してください。コピーが不鮮明等により原本の提示をお願いする場合がありますので、原本はお手元で保管願います。提出された領収書（原本・コピー）は返却しませんのでご注意ください。

領収書記載例

【全共通必須5項目】

領収書

〇年〇月〇日

①接種者氏名 共済 太郎 様

③接種日

④接種金額 ￥3,000

②予防接種名「インフルエンザ」の表記 件名 インフルエンザ予防接種料として

⑤医療機関名 □□△△△病院 印

【2人以上の接種をまとめた領収書の場合】

領収書

〇年〇月〇日

①共済 太郎・花子 様

③

④ ￥5,400

② 件名 インフルエンザ予防接種料として

⑤

被接種者それぞれの氏名と接種金額

内訳 共済 太郎 2,700円
共済 花子 2,700円

□□△△△病院 印

【13歳未満の2回分の接種費を一括で支払った領収書の場合】

領収書

〇年〇月〇日

①共済 一郎 様

③

④ ￥7,000

② 件名 インフルエンザ予防接種料として

⑤

1回目の接種日と接種金額
2回目の接種日と接種金額

内訳 1回目 10/5 3,500円
2回目 11/7 3,500円

□□△△△病院 印

接種日	提出期限(必着)	交付方法
令和5年10月1日～令和6年1月31日	令和6年2月9日(金)必着	3月分給与に併給※休職等で3月分給与に併給できない方は、3月28日に給与口座に振込

※支払通知等は送付いたしません。

給与併給の方は支給明細書の「インフルエンザ助成金」欄、口座振込の方は通帳記帳等で確認してください。