

※ このPDFは、画面からの入力用です。  
※ 最初に、証番号を記入してください。  
※ 入力したら、Tab キーを押して次の項目へ移動してください。

様式1号

# インフルエンザ予防接種費用助成請求書

組合員証 記号番号		N G Y				受付No.		* 共済記入			
接種者氏名		生年月日	接種日(1回目)			接種日(2回目)			助成金額(2回の計)		
組合員(本人)		. .	平成	年	月	日	平成	年	月	日	円
被 扶 養 者		. .	平成	年	月	日	平成	年	月	日	円
		. .	平成	年	月	日	平成	年	月	日	円
		. .	平成	年	月	日	平成	年	月	日	円
		. .	平成	年	月	日	平成	年	月	日	円
		. .	平成	年	月	日	平成	年	月	日	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。 (あて先) 名古屋市職員共済組合理事長  平成 年 月 日											
請求者	所属	課					所属電話番号 (外線)		—		
	フリガナ										
	組合員氏名	印									
共済事務担当者 印											

## 〔添付書類〕

- 本請求書の裏面に、**領収書の原本**を貼付してください。  
複数枚を貼付する場合は、金額等が確認できるように貼り付けてください。
- 領収書には次の項目の記載が必要です。
  - (1) **受診者氏名** (受診者が複数含まれる領収書の場合は内訳を記入してください。)
  - (2) 予防接種名は「**インフルエンザ**」と記載してください。(予防接種のみは不可)
  - (3) **接種日**
  - (4) **接種金額**(自己負担額)

## 〔注意事項〕

- 太枠内に必要事項を記入し、**各局区室等の共済事務担当者**へ提出してください。
- 予防接種の**助成対象は接種日現在の組合員とその被扶養者**に限ります。
- 請求は組合員、被扶養者の分をまとめて、年度内1回の受付となります。
- 実施年度の1月末日までの間に受けた予防接種が助成の対象になります。
- 助成額は1人1回1,000円(1人2回まで)に満たない場合は、その額を上限とします。
- 予防接種は医療費控除の対象とはなりませんが、他の医療費を含んだ領収書で医療費控除に使用する場合は、領収書写しの余白に所属(庶務担当者等)の原本証明を受けてください。
- 組合員証の被保険者番号と、職員番号が違う場合は、被保険者番号を記載してください。