

インフルエンザワクチン予防接種費用助成金請求書

インフルエンザワクチンを予防接種した費用を以下のとおり請求します。

請求金額合計 円

|                                                              |                                                                                                                                                                                                        |   |   |  |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|
| 所属所名                                                         |                                                                                                                                                                                                        | 番 | 号 |  |
| 組 合 員 ( 請 求 者 ) 氏 名                                          |                                                                                                                                                                                                        |   |   |  |
| 区 分                                                          | 予 防 接 種 者 氏 名 ・ 生 年 月 日 ・ 年 齢 ( 1 3 歳 未 満 は 回 数 )                                                                                                                                                      |   |   |  |
| 組 合 員                                                        | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 歳                                                                                                                                      |   |   |  |
| 被扶養者                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 歳<br>(13 歳未満 <input type="checkbox"/> 1 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回分) |   |   |  |
| 被扶養者                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 歳<br>(13 歳未満 <input type="checkbox"/> 1 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回分) |   |   |  |
| 被扶養者                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 歳<br>(13 歳未満 <input type="checkbox"/> 1 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回分) |   |   |  |
| 被扶養者                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 歳<br>(13 歳未満 <input type="checkbox"/> 1 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回分) |   |   |  |
| 被扶養者                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 歳<br>(13 歳未満 <input type="checkbox"/> 1 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回分) |   |   |  |
| 被扶養者                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 歳<br>(13 歳未満 <input type="checkbox"/> 1 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回分) |   |   |  |
| 被扶養者                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 歳<br>(13 歳未満 <input type="checkbox"/> 1 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回分) |   |   |  |
| 被扶養者                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 歳<br>(13 歳未満 <input type="checkbox"/> 1 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回目・ <input type="checkbox"/> 2 回分) |   |   |  |
| 上記は、事実と相違ないものと認めます。<br>年 月 日<br>京都府市町村職員共済組合理事長 様<br>所属所長職氏名 |                                                                                                                                                                                                        |   |   |  |

- ☐欄は、該当する項目に✓をしてください。
- 注意事項
- ① インフルエンザの予防接種を受けたことがわかる領収書（写）等を添付のうえ請求してください。
  - ② 同一年度内に1回1，500円を上限（接種日において13歳未満の者は年度内2回、各回1，500円を上限）に助成しますが、送金通知書は発行しませんので通帳等で入金の確認をしてください。
  - ③ 組合員本人の予防接種費用と被扶養者の予防接種費用は、まとめて請求してください。

本組合が取得する個人情報については、個人情報の保護に関する法令等を遵守するとともに、本組合の保健事業を実施することを目的として利用する以外に利用しません。