

インフルエンザ予防接種費用助成請求書

証番号が「4」から始まる7桁の方のみこのマスを利用↓

(右詰め)

組合員証 記号番号 (職員番号ではなく、証番号です。)		N	G	Y		1	2	3	4	5	6	受付No.	ここには記入しないでください。								
接種者氏名		生年月日		接種回数(回目)								助成金額(2回の計)									
組合員(本人)		S H	40.1.1		令和	○	年	10	月	31	日	令和	年	月	日	1,000	円				
被扶養者		S H R	元.5.1		令和	○	年	10	月	20	日	令和	○	年	11	月	21	日	2,000	円	
接種日現在の被扶養者で、接種を受けた方の氏名を記入してください。組合員の方の氏名は記入不要です。		R			令和		年		月		日									円	
		S H R	.		令和		年		月		日	令和		年		月		日			円
		S H R	.		令和		年		月		日	令和		年		月		日			円
		S H R	.		令和		年		月		日	令和		年		月		日			円
合 計															3,000		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 令和 ○年 11月 30日													忘れずに記入してください。								
請求者	所属	総務 局・区・室・組合 名古屋市職員共済組合 課(公所)								所属電話番号(外線)		972 - 2157									
	フリガナ	キョウサイ マルマル																			
	組合員氏名	共済 ○ ○								共済事務担当者											

〔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、セルフメディケーション税制の適用を受けるために使用する場合は、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。
- 組合員証の番号と、職員番号が違う場合は、組合員証の番号を記載してください。
- 請求書に記載された内容は、請求可否の確認と助成金の振込手続に係る事務に使用します。

インフルエンザ予防接種費用助成請求書

証番号が「4」から始まる7桁の方のみこのマスを利用↓

(右詰め)

組合員証 記号番号 (職員番号ではなく、証番号です。)		N	G	Y	4	1	2	3	4	5	6	受付No.	ここには記入しないでください。	
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)	40.1.1	令和○年10月31日		令和○年 月 日		1,000 円								
被扶養者	共済△△	令和○年10月20日		令和○年11月21日		2,000 円								
		令和○年 月 日		令和○年 月 日		円								
		令和○年 月 日		令和○年 月 日		円								
		令和○年 月 日		令和○年 月 日		円								
		令和○年 月 日		令和○年 月 日		円								
合計											3,000 円			

接種日現在の被扶養者で、接種を受けられた方の氏名を記入してください。組合員の方の氏名は記入不要です。

生年月日は和暦で記入してください。

証番号が7桁の方のみ記入してください。

1回しか接種を受けていない場合は、記入する必要はありません。

忘れずに記入してください。

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
令和○年 11月 30日

請求者	所属	総務 局・区・室・組合 名古屋市職員共済組合 課(公所)	所属電話番号(外線)	972 - 2157
	フリガナ	キョウサイ マルマル		
	組合員氏名	共済 ○ ○	共済事務担当者	

組合員証に記載されている氏名を記入してください。

(請求書の送付先)各局区室組合の共済事務担当者が確認してください。

〔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となります。
- 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、セルフメディケーション税制の適用を受けるために使用する場合は、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。
- 組合員証の番号と、職員番号が違う場合は、組合員証の番号を記載してください。
- 請求書に記載された内容は、請求可否の確認と助成金の振込手続に係る事務に使用します。