

インフルエンザ予防接種助成金請求書

| | | | | |
|---|-----------|--------------------|---|-------|
| 所属所名 | | | | |
| 接種を受けた者の氏名等 | 様式第2号のとおり | | | |
| 接種を受けた者の数 | 人・・・裏面① | | | |
| 助成金請求額 | 円・・・裏面② | | | |
| 【注】1人あたりの助成金額 1,000 円 | | | | |
| 助成金振込先 (いずれかを○で囲む) | 1 | 組合員の短期給付金 等振込口座 | 2 | 所属所口座 |
| <p>上記のとおり助成金を請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">新潟県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">職名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">所属所長</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏名</p> | | | | |
| | | 事務担当者 | 課 | |

〔請求時の注意点〕

- 1 助成対象者は、以下のとおりです。
 - ・組合員（任意継続組合員及び退職派遣職員を除く。）

【注】被扶養者については、助成の対象外です。
- 2 接種に要した費用（消費税額（消費税相当額）を除く。）が1,000円未満の場合は、助成対象外です。
- 3 接種費用の一部を地方公共団体が負担したときは、当該部分に係る助成は行いません。
- 4 様式第1号、第2号ともに必要事項を記入の上、所属所の共済事務担当者を経由して請求してください。
- 5 年度単位で1回の接種に限り助成します。
- 6 様式第2号-1を使用する場合は様式第2号及び様式第2号-2の添付は不要です。

| 事務処理欄 | |
|-------|--|
| 電算入力日 | |
| 送金日 | |
| 助成金額 | |

| 課長 | 係長 | 係 |
|----|----|---|
| | | |

| |
|---------|
| 共済組合受付印 |
| |

インフルエンザ予防接種請求者名簿

すべての項目について、もれなく記入してください。(太枠内は電算入力項目)

| No. | 接種を受けた年月日 (和暦のみ可) | 組合員証記号番号 | 組合員氏名 | 生年月日 | 助成金請求額 | 組合員負担額 (消費税抜) |
|-----|----------------------|----------|-------|-------------|--------|------------------|
| 1 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 2 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 3 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 4 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 5 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 6 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 7 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 8 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 9 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 10 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 11 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 12 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 13 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 14 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 15 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 16 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 17 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 18 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 19 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 20 | 令和 年 月 日 | — | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 合計 | | | | ① 人 | ② | ③ |

この様式に、様式第2号-2「支払証明書」を添付してください。

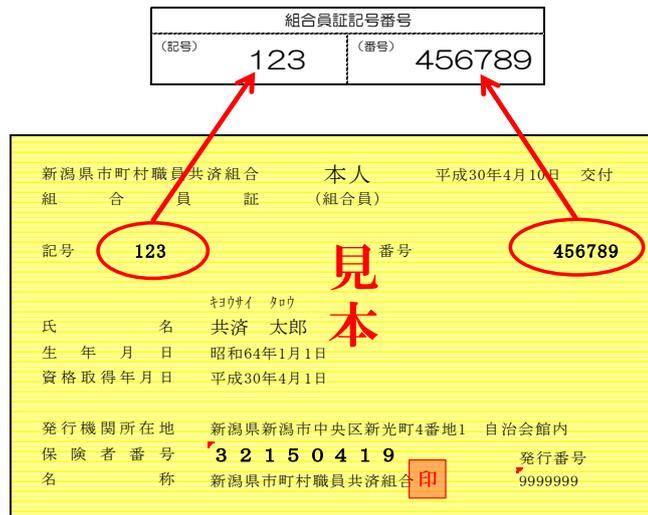
インフルエンザ予防接種請求者名簿（単票）

| | | | |
|-----------|------|--------------|--------|
| 接種を受けた年月日 | | 組合員証記号番号 | |
| 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | (記号) | (番号) |
| | | (太枠内は電算処理項目) | |
| 組合員氏名 | 生年月日 | 助成金請求額 | 組合員負担額 |
| | 昭和 | 1,000 円 | 円 |
| | 年 | | |
| | 平成 | | |
| | 年 | | |
| | 月 | | |
| | 日 | | |

(消費税額（消費税相当額）除く)

〔記入時の注意点〕

- 1 助成対象者は「組合員」本人です。
- 2 組合員証記号番号はお手元の組合員証を確認し正しく記入してください。
また、生年月日、性別についても忘れずに記入してください。
- 3 接種に係る領収書は、所属所共済事務担当者へ提示してください。



| |
|--|
| <p>【所属所共済事務担当者記入欄】</p> <p>上記記載事項のとおり確認しました。 共済組合事務 担当者氏名 _____</p> |
|--|

〔請求時の注意点〕

- 本様式は様式第2号「インフルエンザ予防接種請求者名簿」に代えて添付する場合に使用してください。
- 領収書の原本添付は不要です。組合員から提示された領収書は、確認後返還してください。
- 本様式を使用した場合は、様式第2号-2「支払証明書」の添付は不要です。

支 払 証 明 書

| | |
|------|---|
| 接種費用 | 円 |
| 消費税額 | 円 |
| 合計 | 円 |

ただし、_____ 外 _____ 名の

インフルエンザ予防接種に係る組合員負担額として

明細については別添様式第2号のとおり

上記の支払を証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

新潟県市町村職員共済組合理事長 様

所属所名

役職

証明者

氏名

印

【注】この証明書は、インフルエンザ予防接種に要した組合員負担の費用について、領収書原本の添付に代えて使用してください。

インフルエンザ予防接種請求者名簿（様式第2号）を併せて添付してください。