

主査	副査
互助会 使用欄	互助会 使用欄

別紙様式 1

インフルエンザ予防接種補助金請求書		【会員用】	
決定額		※ <input type="checkbox"/> 2,000 円 <input type="checkbox"/> ( )円	
※この欄には記入しないでください。			
会員番号 (共済組合員証番号)		所属所コード	
会員氏名		所属所名	
実施機関で 支払った額	円	請求金額	円
上記のとおり請求します。			
年 月 日			
一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長 } 様 公立学校共済組合愛媛支部長 }			
請求者 フリガナ 氏 名			

【提出先】


〒790-8570 松山市一番町四丁目4番地2 一般財団法人愛媛県教職員互助会

## 領収証 (原本) 貼付欄 ※裏面貼付可

### ご提出前に必ずご確認ください

「領収証」は次の内容が記入されていることが必要です。  
医療機関で記載してもらってください。

- 1. 接種を受けた者の氏名 (フルネーム)
- 2. インフルエンザの予防接種であること  
(「領収証」にインフルエンザの記載がない場合は、インフルエ  
ンザと確認できる診療明細書等を併せて貼付してください。)
- 3. 接種年月日 (領収年月日)
- 4. 接種費用
- 5. 医療機関名

 **注意：診療明細書や接種済証だけでは受付できません。**

注(1)対象者は、互助会員本人のみです。被扶養者は対象外となります。

(2)領収証を貼付してください。(原本に限る)

(3)実施費用が2,000円に満たない場合は、実施費用相当額(100円未満切り捨て)をもって補助金となります。

(4)令和7年2月14日(必着)までに提出してください。