

別紙様式 1

		主査		副査	
		互助会 使用欄		互助会 使用欄	
インフルエンザ予防接種補助金請求書【会員用】					
決定額		※ ☐ 2,000 円 ☐ () 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 公立学校共済組合愛媛支部長 } 様					
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(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8年2月13日（必着）までに提出してください。