

< <u>非会員用</u> >			
インフルエンザ予防接種補助金請求書		決定額	※ ☐ 2,000 円 ☐ () 円
※この欄には記入しないでください。			
組 合 員 番 号		所 属 所 名	
		所 属 所 電 話 番 号	
組 合 員 氏 名		実 施 機 関 で 支 払 っ た 額	円
接種を受けた日	令和 年 月 日	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 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」は次の内容が記載されていることが必要です。

- ☐ 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）
（補助対象接種期間内「令和8年9月1日～令和9年1月31日」に接種していること。）
- ☐ 4. 接種費用
- ☐ 5. 医療機関名

上記の記載がない場合は、医療機関に記載を依頼してください。

注(1)対象者は、組合員本人のみです。被扶養者、任意継続組合員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年度の補助対象接種期間は「令和8年9月1日～令和9年1月31日」です。

対象期間外に接種したものではありませんのでご注意ください。

(5)令和9年2月15日（必着）までに提出してください。