

各所属所長 様

一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長

インフルエンザ予防接種補助事業（被扶養者分）の実施について（通知）

会員の子育て支援の一助とするため、下記のとおりインフルエンザ予防接種補助事業（被扶養者分）を実施しますので、貴所属所職員に周知をお願いします。

記

1 事業の要旨

会員の被扶養者である中学校3年生までの者が、インフルエンザの予防接種を受けて自己負担金額が3,000円以上となった場合、請求によりその接種料金の一部として年度内に1回2,000円を補助するものです。

2 補助対象者

互助会員の被扶養者である中学校3年生までの者

※育児休業中や退職中の会員、海外派遣の会員及び短期組合員（会員期間中）も対象となります

※本人補助に対する事業は、公共埼第165号（令和6年7月1日付け）通知のとおりの実施。

3 補助の対象となる接種期間

令和6年9月1日から令和7年2月28日までに接種したもの

4 請求方法及び提出先

	市町村立学校教職員	総務事務システム対象者
請求方法	「インフルエンザ予防接種補助請求書」に必要事項を記入の上、接種料金を支払った領収書（原本）を貼付	総務事務システムに入力後、「添付書類送付票兼請求書」に接種料金を支払った領収書（原本）を貼付
提出先	福利課 貸付・ライフプラン担当	総務事務センター分室

※総務事務システムの入力は、令和6年9月2日（月）から開始となりますので御注意ください。

※事業の詳細は、埼玉県教職員互助会ホームページの事業紹介ページを参照してください。

<https://gojo-saitama.jp/business/business-711>

5 提出期限

令和7年3月14日（金）必着

問合せ先

〒330-0063 さいたま市浦和区高砂 3-14-21

教育局教育総務部福利課 貸付・ライフプラン担当

TEL 048-830-6701

被扶養者用

《記入例》

提出先 貸付・ライフプラン担当

(互) インフルエンザ予防接種補助
請求書

※ 受付番号

所属所名		会員氏名		生年月日				
所属所コード		組合員番号		年号	年	月	日	
中学校		福利太郎		昭和(3) 平成(4)	5	2	1	
中学校3年生までの 被扶養者である子等の氏名		6 5 4 3 2 1		0	1	5		
予防接種を受けた子の氏名		会員との続柄		予防接種を受けた子の生年月日				
フリガナ		※下記の該当する続柄に○を囲んでください。		年号	年	月	日	
フクリ ハナコ 福利花子		長男・次男・三男・ <u>長女</u> 次女・三女・その他()		平成(4) 令和(5)	2	6	0	
予防接種を受けた日		領収書の金額		医療機関の名称				
1回目	年号	年	月	日				
	令和(5)	0	6	0	9	2	4	3,500円
2回目	令和(5)	※1回目の自己負担額が2,000円を超えた場合、2回目以降は自己負担額が2,000円以下の場合に限り、領収書を2枚添付)						さいたま小児クリニック
該当する数字を○で囲んでください。		1		2		3		請求金額
		未就学		小学生		中学生		2,000円

上記のとおり請求します。

一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様

令和 6年 10月 12日

請求者(会員)氏名

福利 太郎

(請求者の押印は不要です)

領収書は、
糊付けしてください。

領 収 書

令和6年9月24日

福利 花子 様

3,500円

ワクチン(インフルエンザ)予防接種代として

さいたま小児クリニック
院長 利根川 竹男さい
たま

この用紙は、被扶養者請求用となります。