

被扶養者用

提出先 貸付・ライフプラン担当

⑤ 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	
				昭和(3) 平成(4)				
予防接種を受けた子の氏名		会員との続柄 <small>※下記の該当する続柄に○を囲んでください。</small>		予防接種を受けた子の生年月日				
フリガナ		長男・次男・三男・長女・ 次女・三女・その他()		年号	年	月	日	
				平成(4) 令和(5)				
予防接種を受けた日	1回目	年号	年	月	日	領収書の金額	医療機関の名称	
	令和(5)					円		
2回目	令和(5)	※1回目の自己負担額が3,000円未満の場合に記入(領収書も2枚添付)					円	
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 年 月 日

請求者(会員)氏名

(請求者の押印は不要です)

領収書 糊付け欄



「インフルエンザ」
記載必須!

注意事項

- 1 請求する会員の被扶養者である中学校3年生までの者が補助対象です。配偶者や、請求者の被扶養者でない子は、補助対象外となります。
- 2 当該年度の9月1日から翌年2月末日までに受けた「インフルエンザ」予防接種が補助対象です。
- 3 補助対象者1人につき、年度内に1回限り請求できます。
- 4 この用紙の糊付け欄に、インフルエンザ予防接種を受けた際に発行された3,000円以上の領収書(2回分の合計の場合は2枚)糊付けし、**福利課貸付・ライフプラン担当あて提出**してください。
- 5 当該年度分の請求は、**3月15日必着**です。(休日等の場合は、前日になります。)締切日を過ぎて届いたものは受付できません。また、締切前に福利課に届いた場合でも、記入漏れや不備があった場合は受付できませんので、ご注意ください。
- 6 **総務事務システム入力対象者は、この用紙は使用できませんのでご注意ください。**

この用紙は、被扶養者請求用となります。

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	1015
6	5	4	3	2	1
中学校3年生までの被扶養者である子等の氏名	福利太郎	予防接種を受けた子の生年月日			
予防接種を受けた子の氏名	会員との続柄 ※下記の該当する続柄に○を囲んでください。	年号	年	月	日
フリガナ	長男・次男・三男・ 長女	平成(4) 令和(5)	2	6	0703
フリガナ	次女・三女・その他()				
予防接種を受けた日	領収書の金額	医療機関の名称			
令和(5)	070924	3,500円	さいたま小児クリニック		
※1回目の自己負担額が0円の場合(領収書2枚添付)	R7.9.1~R8.2.28の間に接種したものに限り。				
該当する年齢	1	2	3	請求金額	
未就学	小学生	中学生	2,000円		

同じ名前

福利花子様

本人のものとの貼り間違いが見られますので、被扶養者の名前かどうか、提出前に再度確認してください

領収書は、糊付けしてください。

領収書

令和7年9月24日

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。

領収書の不備に注意！ ～請求前に確認するポイント～

チェックリスト

- 請求書の様式は、「被扶養者用」のものとなっている。（※本人分とは様式が異なります。）
- 領収書に「インフルエンザ」の予防接種（フルミスト可）である旨が記載されている。
- 領収書の宛名は予防接種を受けた補助対象者名（フルネーム）となっている。
- 領収書（写し可）を、請求書の貼り付け欄または裏面に貼り付けてある。

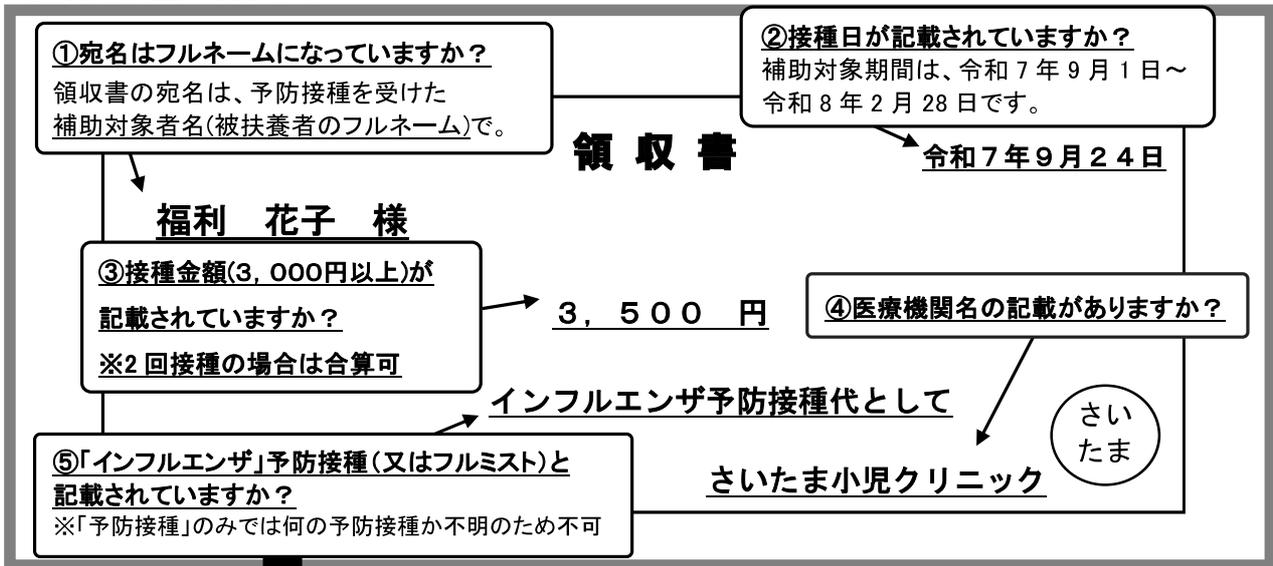
（注）必要に応じ、領収書の内容について医療機関に問合せがありますので、御了承ください。

本人と被扶養者と同時に請求する際に、領収書を誤って貼付している（被扶養者用の請求書に本人の領収書が貼付されている、又はその逆）不備がみられますので、提出前に再度宛名を確認してください。

接種日の時点で父母どちらの被扶養者となっているか確認してください。

中学3年生までの子であっても、被扶養者でない場合は補助対象になりませんのでご注意ください。

《領収書 見本》 ※レシート上の領収書でも、受診者名の記載があり領収書の要件が全て揃っていれば可。



「予防接種」のみの記載で、インフルエンザ(又はフルミスト)であることが明記されていない時は、次のいずれかの方法により、書類を整えて、請求書に添付してください。

- 領収書の余白部分に、医療機関で「インフルエンザ」予防接種（又はフルミスト）と補記してもらう。（手書きでも可）
- インフルエンザ（フルミスト可）と明記されている「診療明細書」又は「接種済証」、「接種者の氏名がわかる母子手帳の表紙＋予防接種の記録欄（写し）」等を添付。

令和7年度より、添付していただく領収書は写しでも可となりました。

提出いただいた領収書の返却はできませんので、原本が必要な場合はあらかじめ写しを添付してください。

市町村等で補助を受け、自己負担額が3,000円未満となった場合や、金額や内容に改ざん、虚偽の申告等の不正が認められた場合は支給取消となり、支給した金額の返還を求められます。

また、場合によっては詐欺罪や私文書偽造罪として、刑罰に処せられることもありますので、ご注意ください。



「コバトン」

お問合せは、福利課 貸付・ライフプラン担当 ☎048(830)6701まで