

# 被扶養者用

提出先 貸付・ライフプラン担当

## 互 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)									

この用紙は、被扶養者請求用となります。

領収書 糊付け欄



予防接種の種類  
記載必須!

### 注意事項

- 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。
- 当該年度の4月1日から翌年2月末日までに受けた下記の予防接種が補助対象です。  
**「インフルエンザ」、「新型コロナウイルス感染症」、「帯状疱疹」、「風しん」、「麻しん」**
- 補助対象者1人につき、年度内に1回限り請求できます。
- この用紙の糊付け欄に、対象の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)を糊付けし、**福利課貸付・ライフプラン担当まで**提出してください。
- 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。

**総務事務システム入力対象の所属の方は、この用紙は使用できませんのでご注意ください。**