

各所属所長 様

一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長

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。

なお、令和8年度から補助対象となる予防接種に新型コロナウイルス感染症、带状疱疹、風しん、麻しんが加わり、接種期間も4月1日からに拡大されました。補助対象拡大に伴い、事業名も「予防接種補助事業」となります。

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、下記補助対象のいずれか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

※育児休業中や休職中の会員、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 13 号（令和8年4月1日付け）通知のとおりの実施。

3 補助の対象となる予防接種

インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、带状疱疹、風しん、麻しん

4 補助の対象となる接種期間

令和8年4月1日から令和9年2月28日までに接種したもの

5 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	「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（写し可）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（写し可）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、令和8年5月7日（木）から開始となりますのでご注意ください。

※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>)

6 提出期限
令和9年3月15日（月）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

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 ※下記の該当する続柄に○を囲んでください。		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	
	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)					医療機関の名称
						円	
該当する数字を○で囲んでください。		1 未就学		2 小学生		3 中学生	
						請求金額 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				⚠ 予防接種の種類 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」 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、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、<u>福利課貸付・ライフプラン担当まで</u> 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。							

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)

予防接種補助 請求書

※ 受付番号

所属所名	会員氏名	昭和か平成に○		月 日	
所属所コード	組合員番号			月	日
学校	福 利 太 郎	昭和(3) 平成(4)	5	6	1015
00654321					
予防接種を受けた日の時点で 会員の中学3年生までの 被扶養者ですか？	会員との続柄	該当するものに○		昭和か平成に○	
予防接種を受けた子の氏名	※下記の該当する続柄に○を囲んでください。	年 号		平成か令和に○	
フリガナ	長男・次男・三男・ <u>長女</u> 次女・三女・その他()	平成(4) 令和(5)		270703	
ワクチン 福 利 花 子					
1 目	年 号	年	月	日	領収書の金額
2 目	和(5)	0	8	09	24
					3,500円
	※1回目の	令和8年4月1日～令和9年2月28日 までのものに限りです			
	和(5)	記入(領収書も2枚添付)			
該当するものに○を 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	

同じ名前ですか？

福利 花子 様

本人のものとの貼り間違いが
見られます。提出する前に、
再度確認してください。

ワクチン(インフルエンザ)予防接種代として

領 収 書

3,500円

さいたま小児クリニック
院長 互助 次郎

福利 太郎

領収書は剥がれないように
糊付けしてください

令和8年9月24日

領収書と書いてありますか？
診療明細書だけでは受付でき

予防接種の種類は
書いてありますか？

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～

- ☐ 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。）
 - ☐ 領収書に対象の予防接種の種類が記載されている。
 - ☐ 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場合がありますので、御了承ください。

対象の予防接種

インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、带状疱疹、風しん、麻しん

- ◎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、請求者の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。
- ◎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。

《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。

①宛名はフルネームになっていますか？ 領収書の宛名は、予防接種を受けた補助対象者名（被扶養者のフルネーム）で。 福利 花子 様	②接種日が記載されていますか？ 補助対象期間は、令和8年4月1日～令和9年2月28日です。 令和8年9月24日
③接種金額（3,000円以上）が記載されていますか？ ※2回接種の場合は合算可 3,500 円	④医療機関名の記載がありますか？ さいたま小児クリニック
⑤予防接種の種類が記載されていますか？ ※「予防接種」のみでは何の予防接種が不明のため不可 インフルエンザ予防接種代として	さいたま

「予防接種」のみの記載で種類が明記されていない場合は、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、医療機関で予防接種の種類を補記してもらう。（ゴム印や手書きでも可）
- 予防接種の種類が明記されている「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。

～添付していただく領収書は写しでも可です～

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ることがあります。

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