

(様式第 13 号)

インフルエンザ予防接種助成金請求書

請求金額	円	決定額	※	円
振込先	<input type="checkbox"/> 所属 所 長	<input type="checkbox"/> 福利厚生事業団体(互助会等)		
検診実施年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
検診機関				
請求金額内訳	円 × 名 = 円			
受検者数	組 合 員	被 扶 養 者	合 計	
	名	名	名	
医師又は健康管理指導者の証明	上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 職 名 医師・健康管理指導者 氏 名 (印)			
上記のとおり請求します。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 職 名 所属 所 長 氏 名 (印)				

1. この請求書を提出するときは、検診機関が発行した請求書(写)を添付してください。
2. 組合員等が各々医療機関で予防接種したときは、上記1の請求書の代わりに、インフルエンザ予防接種者報告書(様式第14号)を添付してください。
3. 振込口座を福利厚生事業団体に指定する場合は、インフルエンザ助成金振込口座届書(様式第15号)を添付してください。
4. ※欄は、記入しないでください。