共助会様式2号－③
共助会会員用

JA福島共助会

インフルエンザ予防接種代給付金請求書

一般財団法人　福島県農協役職員共助会　御中

私は、共助会総合保険約款を遵守し、請求方法・注意事項を確認のうえ、下記のとおり請求いたします。

請求年月日　令和　　年　　月　　日

受付日（ナンバリング）

⚠ 注意確認事項　＊下記の注意事項をお読みいただき、必ず確認の☑チェックをしてください。

【注1】登録している市町村からインフルエンザ予防接種費用の助成（公費助成）がある場合、そちらを優先してください。
【注2】市町村からの助成（公費助成）がある場合、助成金額を差し引いて給付いたします。なお、当会へ請求する前に申請手続きは済ませてください。
【注3】助成内容については、各市町村ホームページ、市政たより等で確認してください。市町村の助成が開始されましたら共助会ホームページでも確認いただけます。
【注4】市町村へ申請後、助成に関する通知書（証明書類）がある場合は、領収書と一緒に添付してください。

必須
※チェックがない場合は返送になります。

☑ **公費助成に該当する場合は、共助会が差し引いて給付することを承諾します。**

※ただし、医療機関の窓口で公費助成額が差し引かれている場合は、窓口での支払い額を給付します。

会員	会員コード		会員氏名		
	団体コード	会員番号	漢字	（旧姓　　）	㊞

接種者	続柄	接種者氏名	接種時年齢	生年月日
	（長男・次男など）		才	昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日

住民登録の市町村	接種者が該当しているときは☑チェックしてください。
市 町 村 ※当会台帳に登録されている市町村名と相違がある場合は返送となります。登録内容に変更が生じた場合は、変更届をご提出ください。	☑ 障がい認定を受けている　⇒　障がい〔　　〕級 ☑ 指定難病（特定疾病）の認定を受けている ☑ 接種時、妊娠していた　⇒　妊娠〔　　〕ヶ月

接種年月日			今年度接種回数	請求金額（2回接種の場合は合計額）
平成 ・ 令和　年	月	日	☑ 1回目	※医療機関に支払った金額を記入してください。
		日	☑ 2回目	円

（注1）この請求書用紙はコピーでも使用可能です。
（注2）インフルエンザ予防接種代給付金は医療給付です。請求されると「共助会脱退給付金」は給付対象外となりますのでご注意ください。
（注3）記入事項および請求方法について、不明な点はお問い合わせください。
※請求用紙は共助会ホームページ（http://ja-kyojokai.or.jp/）から、ダウンロードすることができます。ぜひ、ご活用ください。
※この届け出によって取得する個人情報は、当会の給付金支払い事務・統計・および分析等を目的に利用いたします。

＊共助会使用欄			
現物給付	医療機関のインフルエンザ接種代		円
償還払い	市町村からの助成額	☑ 1回目 ☑ 2回目 △	円
	共助会給付額		円

団体名
（事業所名）

㊞

返送日

（令和3年4月）

共助会記入欄

領収書添付欄（のり付け箇所）
（領収書の上部を左の端から右の端までいっぱいに貼りつけてください。）

領収書の添付方法
①領収書は網掛け部分にのりで添付すること。（横幅が同じものは用紙いっぱいに貼ってください。）
②重ねて貼るときは、領収書をずらさずにそのまま重ねて貼ってください。
③ホッチキスやセロテープは紛失の恐れがあるので使用しないでください。
④領収書を横向きや逆さまに貼らないでください。
⑤接種した医療機関が違う場合でも、同じ月に接種した場合は重ねて貼ってください。

横に長い領収書は右端を折り返して添付してください。

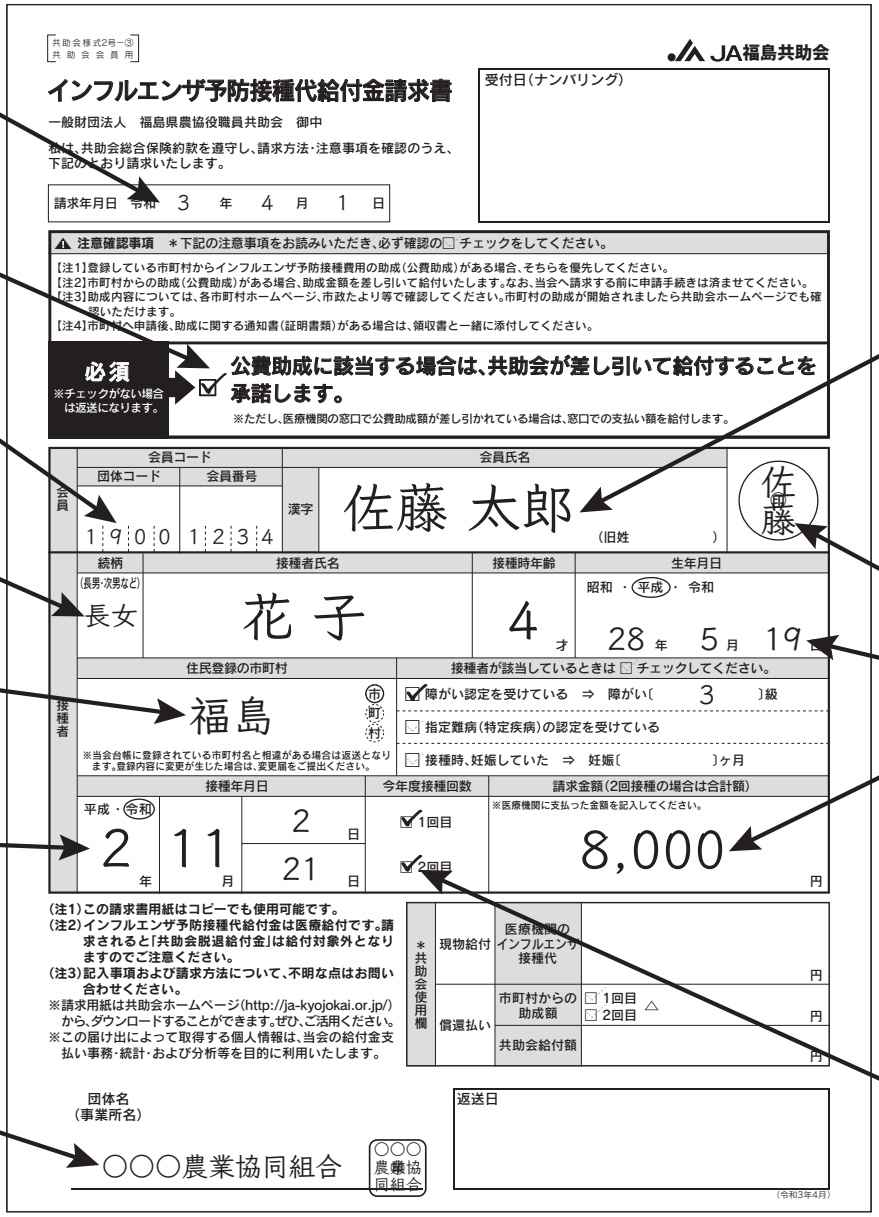
インフルエンザ予防接種代と判断できる領収書を添付してください。

請求された金額が「インフルエンザ予防接種代」と判断できない場合は、返送いたします。
判断できない領収書の場合は、下記の（1）か（2）のどちらかの方法にしたがって添付してください。
（1）医療機関で領収書の余白に「インフルエンザ予防接種代」と記入してもらう。
（2）母子手帳の接種記録の部分や診療明細書などのインフルエンザワクチンを接種したことがわかるものの写しを領収書と一緒に添付する。

〈請求方法〉 患者別 ➡ 接種月別 ➡ 1請求

※左記以外の請求方法は返送となりますのでご注意ください。
※医療機関別に分ける必要はありません。

〈請求書の記入例〉


共助会様式2号－③
共助会会員用

JA福島共助会

インフルエンザ予防接種代給付金請求書

一般財団法人　福島県農協役職員共助会　御中

私は、共助会総合保険約款を遵守し、請求方法・注意事項を確認のうえ、下記のとおり請求いたします。

受付日（ナンバリング）

請求年月日　令和　3　年　4　月　1　日

注意確認事項　＊下記の注意事項をお読みいただき、必ず確認の☐ チェックをしてください。
【注1】登録している市町村からインフルエンザ予防接種費用の助成（公費助成）がある場合、そちらを優先してください。
【注2】市町村からの助成（公費助成）がある場合、助成金額を差し引いて給付いたします。なお、当会へ請求する前に申請手続きは済ませてください。
【注3】助成内容については、各市町村ホームページ、市政たより等で確認してください。市町村の助成が開始されましたら共助会ホームページでも確認いただけます。
【注4】市町村へ申請後、助成に関する通知書（証明書類）がある場合は、領収書と一緒に添付してください。

必須
※チェックがない場合は返送になります。
☑ 公費助成に該当する場合は、共助会が差し引いて給付することを承諾します。
※ただし、医療機関の窓口で公費助成額が差し引かれている場合は、窓口での支払い額を給付します。

会員
会員コード　団体コード　1 9 0 0　会員番号　1 2 3 4
会員氏名　漢字　佐藤 太郎　（旧姓　）　佐藤

接種者
続柄（長男・次男など）　長女
接種者氏名　花 子
接種時年齢　4 才
生年月日　昭和・（平成）・令和　28 年　5 月　19 日
住民登録の市町村　福島　（市・町・村）
※当会台帳に登録されている市町村名と相違がある場合は返送となります。登録内容に変更が生じた場合は、変更届をご提出ください。
接種者が該当しているときは ☐ チェックしてください。
☑ 障がい認定を受けている ⇒ 障がい（ 3 ）級
☐ 指定難病（特定疾病）の認定を受けている
☐ 接種時、妊娠していた ⇒ 妊娠（　　）ヶ月
接種年月日　平成・（令和）　2 年　11 月　2 日　21 日
今年度接種回数　☑1回目　☑2回目
請求金額（2回接種の場合は合計額）
※医療機関に支払った金額を記入してください。
8,000 円

（注1）この請求書用紙はコピーでも使用可能です。
（注2）インフルエンザ予防接種代給付金は医療給付です。請求されると「共助会脱退給付金」は給付対象外となりますのでご注意ください。
（注3）記入事項および請求方法について、不明な点はお問い合わせください。
※請求用紙は共助会ホームページ（http://ja-kyojokai.or.jp/）から、ダウンロードすることができます。ぜひ、ご活用ください。
※この届け出によって取得する個人情報は、当会の給付金支払い事務・統計・および分析等を目的に利用いたします。

＊共助会使用欄
現物給付　医療機関のインフルエンザ接種代　円
償還払い　市町村からの助成額　☐ 1回目 ☐ 2回目　円
共助会給付額　円

団体名（事業所名）　○○○農業協同組合　（○○○農業協同組合）

返送日

（令和3年4月）

請求年月日を記入する。

必ずチェックを入れてください。

団体コードと会員番号を記入する。

接種者の続柄を記入する。

接種者の住民票登録先の住所を記入する。当会台帳に登録されている市町村と相違がある場合は返送となります。

接種した年月日を和暦で記入する。

所属団体の共助会担当者（人事課等）へ提出し押印してもらってください。

会員氏名（本人）を記入する。

押印もれのないように。

接種者の年齢・生年月日を記入する。

この請求における窓口で支払った予防接種代の合計金額を記入する。

今年度接種回数にチェックする。