

岡教互第149号  
令和元年8月29日

所属所長 殿

一般財団法人岡山県教育職員互助組合理事長  
(公 印 省 略)

令和元年度インフルエンザ予防接種補助事業の実施について

平素から互助組合の運営等に関しまして、御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

互助組合では、会員の健康の保持増進を図るため、インフルエンザ予防接種に対する補助事業を別添により実施します。

つきましては、会員に対し、周知くださいますようお願いいたします。

## 令和元年度 インフルエンザ予防接種補助事業について

一般財団法人岡山県教育職員互助組合

### 1 目的

インフルエンザ予防接種を受けた会員の費用の一部を補助し、会員の健康の保持増進を図る目的で次のとおり実施する。

### 2 補助の対象実施時期

令和元年10月1日から令和2年2月15日の間において、国内のいずれかの医療機関でインフルエンザ予防接種を実施し、令和2年2月末日までに申請がなされた者。

### 3 補助の対象者

互助組合会員本人のみ。

### 4 補助の額

インフルエンザ予防接種を実施した会員1人につき、年度1回を限度として予防接種に要した費用のうち2,000円を上限に実費を補助。

### 5 申請方法

「インフルエンザ予防接種補助金申請書」（おかやま教職員福利厚生ネット掲載）に必要事項を記入し、医療機関発行の領収書の原本を添付のうえ、岡山県教育庁福利課互助経理班に提出してください。

（領収書は、レシートやコピーは不可）

（予防接種は確定申告の対象とならないため、原本提出。）

#### ★ 領収書必須記載事項

- |   |
|---|
| <p>① 予防接種を受けた方の氏名(姓だけは不可)<br/>所属所で集団接種を受けた場合は、医療機関発行の接種者名簿又はそれに準ずるものを添付。</p> <p>② 予防接種を受けた日付</p> <p>③ 予防接種の内訳に『インフルエンザ予防接種代』と記載あるもの、記載のないものは医療機関で記入してもらう。</p> <p>④ 予防接種を実施した医療機関名と領収印。領収印の無いものは無効</p> <p>⑤ 予防接種に要した費用<br/>・領収書を受け取りの際には、上記の必須記載事項を必ず確認する。</p> |
|---|

### 6 支払方法

療養給付と同様に、個人口座へ振込送金。

# 令和元年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

一般財団法人岡山県教育職員互助組合

会員氏名	会員番号 (組合員証番号)			性別	1 男	2 女
所属所名	生年月日	3 昭和	年	月	日	4 平成
医療機関名						
受診日	令和 年 月 日					
接種料金	円					
補助金請求額	円 (接種料金のうち、2,000円を上限とする)					
上記のとおり請求します。 一般財団法人岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和 年 月 日  請求者 住所 氏名					互助組合受付印	
					(印)	

- 支給対象者 互助組合会員本人(接種日に会員本人)であること。
- 支給対象期間 令和元年10月1日～令和2年2月15日までに国内医療機関でインフルエンザ予防接種を受けた者。
- 支給(補助)限度額 予防接種に要した費用のうち2,000円を上限に実費を補助(1回のみ)
- 請求期限 令和2年2月28日(必着)
- 添付書類 下記の①～⑤まで全て記載された領収書の原本(コピー不可)
  - いつ(年月日)
  - どこで(医療機関名・領収印)
  - 誰が(接種を受けた方の氏名(フルネーム))
  - なにを(インフルエンザ予防接種と明記)
  - 接種費用
- 注意事項 病院名や金額しか印字されていない場合は、病院に領収印と被接種者名を記入してもらってください。
- 領収書は、はがれないよう裏面に貼付してください。