

令和8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)							
所 属 所 名		生 年 月 日	3 昭 和		年		月			日
			4 平 成							
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	

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8年10月1日～令和9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9年2月28日（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）

①年月日②医療機関名・領収印③接種を受けた方の氏名（フルネーム）

④インフルエンザ予防接種と明記⑤接種費用

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。

機械精算等により領収印がない場合はその旨を領収書に記載の上、提出してください。

領収書は、はがれないよう裏面に貼付してください。

送付先

〒700-8570

岡山市北区内山下2-4-6 岡山県教育庁内

一般財団法人岡山県教育職員互助組合

互助経理班

Tel：086-226-7609