



様式第 2 号

インフルエンザ予防接種被接種者名簿 (組合員分・被扶養者分)

所属所名 青森県

組合員分と被扶養者分に分けて提出してください。

組合員証番号	氏 名	組合員証番号	氏 名
証番号	名前	証番号	名前
証番号	証番号順に作成して下さい。	証番号	名前
証番号		証番号	名前
証番号		証番号	名前
証番号	名前		以上 15 名
証番号	名前		
証番号	名前		
証番号	名前		
証番号	名前		
証番号	名前		
証番号	名前		
証番号	名前		
証番号	名前		
証番号	名前		

医 師 の 証 明 欄

平成●●年 1 1 月 1 ~ 5 日上記の者は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 1 1 月 5 日

住 所 青森市本町 5-1-5

医 師

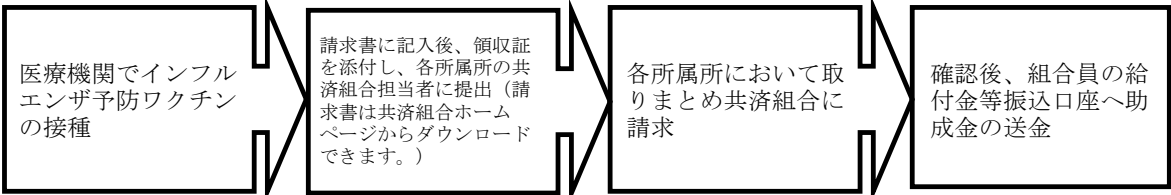
氏 名 共 濟 太 郎



注 1 この様式は、組合員と被扶養者を別にして提出してください。

注 2 医師の証明欄は必ず記入してください。

～インフルエンザ予防接種助成のながれ（個人請求）～



様式第 3 号

インフルエンザ予防接種助成金請求

( )に企業コード番号を記入してください。

請求金額は被接種者1人1回につき1,000円が限度。  
(13歳未満は2回まで)

組合員氏名	青森 太郎	組合員証記号・番号	123 (0) ・ 456	請 金 額
被接種者氏名	青森 太郎	組合員との続柄	本人	1,000円
〃	青森 花子	〃	長女	2,000円
〃		〃		円
〃		〃		円
〃		〃		円
※決定金額 合計				円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求します。

平成●●年 1 2 月 3 日

青森県市町村職員共済組合理事長 様

必ず押印してください。

請 求 者 所 属 所 名 ○ ○ 市

組 合 員 氏 名 青 森 太 郎 印

領 収 証 の 添 付 箇 所

請求者全員の領収証(原本)を添付。(レシート不可)

領 収 証

氏名 青森太郎 様      金額 ￥3,000円

ただし、インフルエンザ予防接種費用として

上記のとおり領収いたしました。    平成●●年12月1日

○○○クリニック 印