様式第１号

【共済クラウド対応】

事務局長	事務局次長	参　事	課　長	副参事	担当 マネージャー	課　員	助成金決定額

インフルエンザ予防接種費用請求明細書

区　分	内　容
実施方法	
費用明細	

※請求書及び領収証の写しを必ず添付してください。

上記のとおり請求いたします。

令和　　年　　月　　日

青森県市町村職員共済組合理事長　様

所属所長名

金融機関名	本・支店名	預金種目	口座番号
口座名義			
フリガナ			

様式第２号　　【共済クラウド対応】

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員証番号	氏　　名	組合員証番号	氏　　名

医　師　の　証　明　欄

令和　　年　　月　　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。

令和　　年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　　師

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

様式第３号

インフルエンザ予防接種助成金請求書

組合員氏名		組合員証記号・番号	（　）・	請求金額 （@1,500円）
被接種者氏名		組合員との続柄		円
〃		〃		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。

令和　　年　　月　　日

青森県市町村職員共済組合理事長　様

請 求 者　所 属 所 名

組 合 員 氏 名

領　収　証　の　添　付　箇　所

＊記載事項をご確認ください。

・被接種者全員の氏名の記載
・予防接種名としてインフルエンザの記載
・接種年月日及び接種金額の記載
・２回接種した方は、２回分の領収証を添付
（レシートは不可）

※欄は記入しないでください。