

埼教互第 61 号
令和7年7月1日

各所属所長 様

一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長

インフルエンザ予防接種補助事業（被扶養者分）の実施について（通知）

会員の子育て支援の一助とするため、下記のとおりインフルエンザ予防接種補助事業（被扶養者分）を実施しますので、貴所属所職員に周知をお願いします。

記

1 事業の要旨

会員の被扶養者である中学校3年生までの者が、インフルエンザの予防接種を受けて自己負担金額が3,000円以上となった場合、請求によりその接種料金の一部として年度内に1回2,000円を補助するものです。

2 補助対象者

互助会員の被扶養者である中学校3年生までの者

※育児休業中や休職中の会員、海外派遣の会員及び短期組合員（会員期間中）も対象となります

※本人補助に対する事業は、公共埼第 号（令和7年7月1日付け）通知のとおりの実施。

3 補助の対象となる接種期間

令和7年9月1日から令和8年2月28日までに接種したもの

4 請求方法及び提出先

	市町村立学校教職員	総務事務システム対象者
請求方法	「インフルエンザ予防接種補助請求書」に必要事項を記入の上、接種料金を支払った領収書（写し可）を貼付	総務事務システムに入力後、「添付書類送付票兼請求書」に接種料金を支払った領収書（写し可）を貼付
提出先	福利課 貸付・ライフプラン担当	総務事務センター分室

※総務事務システムの入力は、令和7年9月1日（月）から開始となりますのでご注意ください。

※事業の詳細は、埼玉県教職員互助会ホームページの事業紹介ページを参照してください。

<https://gojo-saitama.jp/business/business-711>

5 提出期限

令和8年3月13日（金）必着

問合せ先

〒330-0063 さいたま市浦和区高砂 3-14-21

教育局教育総務部福利課 貸付・ライフプラン担当

TEL 048-830-6701

被扶養者用

《記入例》

提出先 貸付・ライフプラン担当

⑤ インフルエンザ予防接種補助 請求書

※ 受付番号

所属所名	会員氏名	生年月日			
所属所コード	組合員番号	年号	年	月	日
中学校	福利太郎	昭和(3) 平成(4)	5	2	1015
654321					
予防疫種を 受けた子の氏名	会員との続柄 ※下記の該当する続柄に○を囲んでください。	予防疫種を受けた子の生年月日			
フリガナ		年号	年	月	日
ワクチン 福利花子	長男・次男・三男・ <u>長女</u> 次女・三女・その他()	平成(4) 令和(5)	2	6	0703
予防疫種を受けた日	領収書の金額	医療機関の名称			
令和(5)	070924	3,500円			
令和(5)		さいたま小児クリニック			
※1回目の自己負担額が0円の場合、領収書2枚添付					
R7.9.1～R8.2.28の間に接種したものに限り。					
該当○で囲む	1 未就学	2 小学生	3 中学生	請求金額 2,000円	

同じ名前

とおひ請求します。
一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様
和 7年 10月 12日

請求者(会員)氏名 福利 太郎
(請求者の押印は不要です)

領収書は、
糊付けして
ください。

領 収 書

令和7年9月24日

福利 花子 様

3,500円

ワクチン(インフルエンザ)予防接種代として

本人のものとの貼り間違いが
見られますので、被扶養者の
名前かどうか、提出前に再度
確認してください

さいたま小児クリニック
院長 利根川 竹男

さい
たま

この用紙は、被扶養者請求用となります。

被扶養者用

提出先 貸付・ライフプラン担当

（互）インフルエンザ予防接種補助 請求書

※ 受付番号

所属所名		会員氏名		生年月日			
所属所コード		組合員番号		年号	年	月	日
				昭和(3) 平成(4)			
予防接種を受けた子の氏名		会員との続柄 ※下記の該当する続柄に○を囲んでください。		予防接種を受けた子の生年月日			
フリガナ		長男・次男・三男・長女・ 次女・三女・その他（ ）		年号	年	月	日
				平成(4) 令和(5)			
予防 接種 を 受 け た 日	1 回 目	年号	年	月	日	領収書の金額	医療機関の名称
		令和(5)				円	
	2 回 目	令和(5)	※1回目の自己負担額が3,000円未満の場合に記入(領収書も2枚添付)				
該当する数字を ○で囲んでください。		1	2	3	請求金額		
		未就学	小学生	中学生	2,000円		

上記のとおり請求します。

一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様

令和 年 月 日

請求者(会員)氏名

(請求者の押印は不要です)

領収書 糊付け欄



「インフルエンザ」
記載必須！

注 意 事 項

- 1 請求する会員の被扶養者である中学校3年生までの者が補助対象です。
配偶者や、請求者の被扶養者でない子は、補助対象外となります。
- 2 当該年度の9月1日から翌年2月末日までに受けた「インフルエンザ」予防接種
が補助対象です。
- 3 補助対象者1人につき、年度内に1回限り請求できます。
- 4 この用紙の糊付け欄に、インフルエンザ予防接種を受けた際に発行された3,000円以上の
領収書(2回分の合計の場合は2枚)糊付けし、**福利課貸付・ライフプラン担当あて提出**
してください。
- 5 当該年度分の請求は、**3月15日必着**です。(休日等の場合は、前日になります。)
締切日を過ぎて届いたものは受付できません。また、締切前に福利課に届いた場合でも、
記入漏れや不備があった場合は受付できませんので、ご注意ください。
- 6 **総務事務システム入力対象者は、この用紙は使用できませんのでご注意ください。**

この用紙は、被扶養者請求用となります。

領収書の不備に注意！ ～請求前に確認するポイント～

チェックリスト

- ☐ 請求書の様式は、「被扶養者用」のものとなっている。（※本人分とは様式が異なります。）
- ☐ 領収書に「インフルエンザ」の予防接種（フルミスト可）である旨が記載されている。
- ☐ 領収書の宛名は予防接種を受けた補助対象者名（フルネーム）となっている。
- ☐ 領収書（写し可）を、請求書の貼り付け欄または裏面に貼り付けてある。

（注）必要に応じ、領収書の内容について医療機関に問合せる場合がありますので、御了承ください。

本人と被扶養者と同時に請求する際に、領収書を誤って貼付している（被扶養者用の請求書に本人の領収書が貼付されている、又はその逆）不備がみられますので、提出前に再度宛名を確認してください。

接種日の時点で父母どちらの被扶養者となっているか確認してください。

中学3年生までの子であっても、被扶養者でない場合は補助対象になりませんのでご注意ください。

《領収書 見本》 ※レシート上の領収書でも、受診者名の記載があり領収書の要件が全て揃っていれば可。

①宛名はフルネームになっていますか？ 領収書の宛名は、予防接種を受けた補助対象者名（被扶養者のフルネーム）で。 福利 花子 様	②接種日が記載されていますか？ 補助対象期間は、令和7年9月1日～令和8年2月28日です。 令和7年9月24日
③接種金額（3,000円以上）が記載されていますか？ ※2回接種の場合は合算可 3,500 円	④医療機関名の記載がありますか？ さいたま小児クリニック
⑤「インフルエンザ」予防接種（又はフルミスト）と記載されていますか？ ※「予防接種」のみでは何の予防接種か不明のため不可 インフルエンザ予防接種代として	さいたま

「予防接種」のみの記載で、インフルエンザ（又はフルミスト）であることが明記されていない時は、次のいずれかの方法により、書類を整えて、請求書に添付してください。

- 領収書の余白部分に、医療機関で「インフルエンザ」予防接種（又はフルミスト）と補記してもらう。（手書きでも可）
- インフルエンザ（フルミスト可）と明記されている「診療明細書」又は「接種済証」、「接種者の氏名がわかる母子手帳の表紙＋予防接種の記録欄（写し）」等を添付。

令和7年度より、添付していただく領収書は写しでも可となりました。

提出いただいた領収書の返却はできませんので、原本が必要な場合はあらかじめ写しを添付してください。

市町村等で補助を受け、自己負担額が3,000円未満となった場合や、金額や内容に改ざん、虚偽の申告等の不正が認められた場合は支給取消となり、支給した金額の返還を求めることがあります。

また、場合によっては詐欺罪や私文書偽造罪として、刑罰に処せられることもありますので、ご注意ください。



「コバトン」

お問合せは、福利課 貸付・ライフプラン担当 ☎048（830）6701まで