

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210号（令和5年9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5年10月1日から令和6年2月29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（原本）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（原本）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5年10月2日（月）から開始となりますので御注意ください。

※事業の詳細は、埼玉県教職員互助会ホームページ(<https://gojo-saitama.jp>)の事業紹介ページを参照してください。

5 提出期限

令和6年3月15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

(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		
中学校		福 利 太 郎		昭和(3) 平成(4)	5	2	1015		
中学校3年生までの 被扶養者である子等の氏名		6 5 4 3 2 1							
予防接種を受ける子の氏名		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				年号	年	月	日		
フクリ ハナコ 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)	0	5	1	0	2	2	3,500円	さいたま小児クリニック
2回目	令和(5)	※1回目の自己負担額が0円の場合、領収書2枚添付						R5.10.1～R6.2.29の間に接種したものに限る。	
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 5年 11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5年10月22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

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

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
				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	
		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)				円
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10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。
- ☐ 領収書の原本を、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場合がありますので、御了承ください。

《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（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 5 年 10 月 1 日～令和 6 年 2 月 29 日です。 令和〇年〇月〇日
領 収 書	
③接種金額が記載されていますか？ 〇, 〇〇〇 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」予防接種と記載されていますか？ ※「予防接種」のみでは不可です。 インフルエンザ予防接種代として	

「予防接種」のみの記載で、インフルエンザ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」予防接種と補記してもらう。（手書きでも可）
- インフルエンザと明記されている「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。

《よくある質問》

Q. 家族で一緒に接種し、複数名分合計の領収書の場合はどのようにしたら良いですか？

接種者氏名、接種日、費用の単価、ワクチン名の内訳がわかるように医療機関で記載してもらってください。また、インフルエンザ予防接種補助請求書は、補助対象者ごとにそれぞれ作成してください。その場合の添付する「領収書」については、いずれかの請求書に原本を、ほかの請求書にはコピーを添付して同時に提出してください。（同時に提出されないと、コピーを添付した請求書が受付できない場合があります。）

Q. 市区町村などでインフルエンザ助成を受けた場合でも申請できますか？

助成後の自己負担額が3,000円以上であれば申請できます。（領収書は原本を提出すること。）

Q. 早期予約で9月に予防接種費用を先払いした場合は申請できますか？

10月1日以降に接種したことを確認できる書類を領収書とともに提出してください。（母子手帳の表紙及び予防接種の記録欄（写し）又は診療明細書等）



お問合せは、福利課 貸付・ライフプラン担当（TEL：048-830-6701）まで。