

(電子メール施行)

一財宮教互第96号

令和8年10月14日

各所属所長 殿

一般財団法人宮城県教職員互助会理事長

(公印省略)

インフルエンザ等予防接種助成金の請求手続きについて(通知)

このことについて、会員が医療機関等で、予防接種法に定めるインフルエンザ等の予防接種を受けたとき、互助会から助成金が支給されます。

なお、給付金の請求手続きは下記のとおりですので、会員に周知願います。

記

- 1 対象者 互助会員(未加入の方は請求できません)
- 2 助成金額 限度額 2,000円(限度額未満の場合は、その金額から100円未満を切り捨てた額とする。)
- 3 請求手続 「インフルエンザ等予防接種助成金請求書」に、医療機関で支払った「領収書(原本)」を添付し、提出してください。
- 4 提出先 仙台市青葉区本町三丁目8-1(教育庁福利課内)
一般財団法人宮城県教職員互助会
- 5 その他
 - (1) 領収書には、氏名・予防接種の種類・予防接種料金・接種年月日・医療機関名の記載が必要です。
 - (2) 請求書用紙は、福利課ホームページからダウンロードして使用してください。
また、提出する際は、所属所控えとして写しを保管願います。
 - (3) 給付については、一会計年度1回限りで、インフルエンザのほか、予防接種法に基づく予防接種(麻しん・風しん等)も助成の対象になります。
 - (4) 宮城県教育委員会、公立学校共済組合宮城支部及び教職員互助会が実施している会場型のインフルエンザ予防接種を受ける方は、請求書を提出する必要はありません。
 - (5) 給付金の請求時効は3年間ですが、早めに請求するよう御協力をお願いします。

担当：一般財団法人宮城県教職員互助会
総務事業班 岩渕
(宮城県教育庁福利課内)
電話：022-211-3678
FAX：022-211-3692
E-mail：hukurg-1@pref.miyagi.lg.jp

記入例

通知区分	教互										所属所名・コード													
08	インフルエンザ等予防接種助成金請求書										〇〇小学校 〇〇〇〇〇〇													
会 員 氏 名					本 人 に 関 する 事					事由発生年月日														
会 員 番 号					続 柄 続柄コード		性 別		生 年 月 日			(接種年月日)												
宮城 太郎					本 人		① 男		年号	年	月	日	年号	年	月	日								
3 6 3 1 1 1 1 1 1 1					0 0		2 女		3	6	3	1	1	1	1	5	0	8	1	1	0	1		
予防接種名(注2) ※ ○をつけてください。その他は 接種名も記入してください。					インフルエンザ ・ その他(接種)																			
予防接種料金					3,000円					※														
医療機関名					〇〇病院																			
上記のとおり請求します。																								
一般財団法人宮城県教職員互助会理事長 殿																								
令和 ● 年 ● 月 ● 日																								
住所 仙台市青葉 本町 3-8-1																								
所属所長の押印廃止により、所属所の受付印が必要となります。					請求者 氏 名 宮城 太郎 (自署)																			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。																								
令和 ● 年 ● 月 ● 日																								
所属所名 〇〇小学校					所属所長 〇 〇 〇 〇																			
					所属所長経由欄(受付印) 〇〇小学校 令和●年●月●日 受付																			

(注) 1 医療機関で予防接種を受けた時は、領収書(原本)を添付の上、請求書を提出してください。領収書には、氏名・予防接種の種類・予防接種料金・接種年月日・医療機関名の記載が必要です。

2 予防接種法に基づくワクチン接種を受けたものに限りします。

3 ※印欄は、記入しないでください。

4 請求者本人が自署してください。自署しない場合は、記名押印をお願いします。

年号

昭和……3

平成……4

令和……5