

領収書（インフルエンザ予防接種料）

金 円（ 名分）

上記金額領収いたしました。

領収日 平成 年 月 日

保険者番号: 06135727

(予防接種日 平成 年 月 日)

保険証		続柄	予防接種者氏名	金額	60歳以上 公的補助(※)
記号	番号				
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無
		本人・家族			有・無

(※) 予防接種法により市区町村等から補助を受けた方は「有」、全額自費の方は「無」に○を付けてください。

所在地

医療機関 名称

代表者

電話番号

印

—医療機関へのお願—

- ◎医療機関またはその代表者の印が必要です。
- ◎誤字は医療機関の訂正印が必要です(修正液・修正テープ等は不可)。
- ◎10名以上や接種日・医療機関が異なる場合は用紙をコピーしてお使いください。
- ◎記入もれ等の不備がないようお願いいたします。

※この用紙は、東プラ健保組合ホームページからもダウンロードできます。

<http://www.topra-kenpo.com/down/youshi.html>