

領 収 書 (イ ン フ ル エ ン ザ 予 防 接 種 料)

接種なさる方は、下記の表中◆以外の欄（記号番号・氏名・生年月日・性別・本人家族の別）を記入し、◆の欄(接種日・金額) 及び下段医療機関証明欄は、接種医療機関で記入いただいでください。

接 種 を 受 け た 方	保 険 証		カナ氏名	生 年 月 日	性 別		本 人 家 族		◆接種日	◆金額
	記 号	番 号			男	女	本	家		
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円

◎各欄とも記入漏れのないようお願いいたします。

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施し、領収いたしました。

所 在 地
(電 話 番
号)

◆ 医療機関

名 称

代 表 者

印

◎医療機関様へのごお願い◎

上記表中◆の各欄(接種日・金額) を記入のうえ、医療機関欄に証明くださいますようお願いいたします。

※医療機関押印が必須となります。

ご注意ください

※ アルプス技研グループ健康保険組合で実施しております「インフルエンザ補助金制度」は、2回法による接種であっても、1回目の接種のみが補助の対象となるため、1回目接種に係る金額をご記入ください。

アルプス技研グループ健康保険組合