

北本市中学3年生インフルエンザ予防接種費用助成金申請の 医療機関の領収書について

1. インフルエンザ予防接種を受けた医療機関の領収書(原本)に「インフルエンザ」と明記されているかご確認ください。

※医療機関発行の領収書について様式は問いません。ただし、医療機関の領収印は必須です。**原本を提出してください。**

領収書 例 1

領 収 証

インフルエンザ予防接種 や インフルエンザワクチン

接種者氏名 (フルネーム) 様

接種年月日 年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			年 月 日				

初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
点	点	点	点	点	点	点
注 射	インフルエンザワクチン	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
点	点	点	点	点	点	点
病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養				
点	点	円				

インフルエンザ予防接種とわかる内容が領収書内のどこかに記載してあること

評価療養・選定療養	その他
(内訳)	(内訳)

保険外負担	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円

インフルエンザ予防接種 や インフルエンザワクチン

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇〇病院 領収印

領収書 例 2

領 収 証

接種者氏名 (フルネーム) 様

接種年月日 年 月 日

インフルエンザワクチン や インフルエンザ予防接種 代として

北本市〇〇 〇〇病院 領収印

インフルエンザ予防接種とわかる内容が記載がしてあること

内 訳	金額(税抜・税込)
税率 % 消費税額等	
税率 % 消費税額等	

コクヨ ウケ-1048

