

# インフルエンザ予防接種領収証明書

様式④

事業所記号							
No.	回数	接種年月日	保険証番号	続柄	接種者氏名	接種費用	備考
1	1						
	2						
2	1						
	2						
3	1						
	2						
4	1						
	2						
5	1						
	2						
6	1						
	2						
7	1						
	2						
8	1						
	2						
9	1						
	2						
10	1						
	2						
11	1						
	2						
12	1						
	2						
13	1						
	2						
14	1						
	2						
15	1						
	2						
				合計	名		円

※ 続柄欄は、被保険者の方は本人、被扶養者の方は妻・夫・父・母・長男・長女等と記入してください。

上記のとおり、インフルエンザ予防接種費用を領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関情報	所在地	
	医療機関名	
	代表者	(印)
	電話番号	- -
	証明担当者	