

インフルエンザ予防接種領収証明書(任意継続者用)

様式⑥

| 保険証記号 | | 999 | | | | | |
|-------|----|-------|-------|----|-------|------|----|
| 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 | | | | | | |
| | | | | 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 | |