

被保険者等番号

医療機関が発行した領収書原本(レシート不可)を添付してください。

《領収書必須記載事項》

- ・ だ れ が . . . 接種者氏名(フルネーム)
- ・ い つ . . . 接種年月日
- ・ ど こ で . . . 医療機関名と医療機関領収印
- ・ な に を . . . 内容(インフルエンザ予防接種代を明記)
- ・ い く ら . . . 接種費用(単価)

領収書が重ならないように、のりで貼り付けをお願いいたします。