

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

記入例

被保険者等 記号		999					
No.	回数	接種年月日	被保険者等番号	続柄	接種者氏名	接種費用	備考
1	1	R6.10.30	〇〇	本人	東農 こうじ	3,000	
	2						
2	1	R6.10.31	〇〇	妻	東農 ゆりか	4,500	
	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	2	名	7,500	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 6 年 10 月 31 日

医療 機 関 情 報	所在地	東京都渋谷区代々木2-10-12	
	医療機関名	〇〇〇〇病院	
	代表者	東京 さとし	(印)
	電話番号	〇〇 - △△△△ - ××××	
	証明担当者	東京 ゆかり	