

# 領 収 書 ( 新 型 コ ロ ナ ウ イ ル ス 予 防 接 種 料 )

〔 接種なさる方は、下記の表中◆以外の欄(記号番号・氏名・生年月日・性別・本人家族の別)を記入し、◆の欄(接種日・金額)及び下段医療機関証明欄は、接種医療機関で記入いただいでください。 〕

接 種 を 受 け た 方	保 険 証		カ ナ 氏 名	生 年 月 日	性 別	本 人 家 族		◆接種日	◆金額
	記 号	番 号				本 家	家 族		
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	本 家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男 女	本 家	本 家	西暦 年 月 日	円

◎各欄とも記入漏れのないようお願いいたします。

上記のとおり、新型コロナウイルス予防接種を実施し、領収いたしました。

所 在 地  
(電話番号)

◆ 医療機関

名 称

代 表 者

印

◎医療機関様へのお願い◎

上記表中◆の各欄(接種日・金額)を記入のうえ、医療機関欄に証明くださいますようお願いいたします。

(押印が必要です。)

ご注意ください

※ 自治体等から接種費用の補助を受けた場合は、自治体からの補助額を差し引いた金額が補助金の対象となります。

※ 当健康保険組合で実施しております[新型コロナウイルス補助金制度]は、同一年度内で2回以上接種した場合でも1回分の接種のみが補助の対象となります。(2回目以降の接種は補助金の対象とはなりません。)

東 京 都 電 機 健 康 保 険 組 合