領 収 書 （ イ ン フ ル エ ン ザ 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てください。

接種を受けた方	保険証 記号	保険証 番号	カナ氏名	生年月日	性別		本人/家族		◆接種日	◆金額
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	本	家	西暦 年 月 日	円
				西暦 年 月 日	男	女	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、インフルエンザ予防接種を実施し、領収いたしました。

◆医療機関

所在地
（電話番号）

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

※ 東振協契約料金にて接種の場合は補助金申請頂けませんのでこちらの領収書の記載は必要ありません。

※ 当健康保険組合で実施しております[インフルエンザ補助金制度]は、2回法による接種であっても、
1回目の接種のみが補助の対象となるため、1回目接種に係る金額をご記入ください。

東 京 都 電 機 健 康 保 険 組 合