■領収書確認事項

①接種者（フルネーム）　②接種日　③接種費用

④「インフルエンザ予防接種」の明記、または「インフルエンザ予防接種」と記載のある「診療明細書」を一緒に提出

⑤医療機関名　⑥領収印

接種者氏名はフルネームで記載
※会社名は不可

家族分まとめた領収書が発行された場合は、
医療機関で接種者名と費用の内訳を記入してもらってください。

【領収書見本―１】

請求書兼領収書

⑤東京都〇〇区〇〇町△-〇-□
△△△病院

① 健保　三朗　様

②令和〇年〇月〇日

初・再診	医学管理等				検査
点	点				点
手術	処置				その他
点	点	点	点	点	点

ワクチン代・予防接種代は不可
インフルエンザワクチンを接種したことがわかるように！

診断書料	文書料	材料費	自費	④インフルエンザ予防接種
円	円	円	円	3,500 円

請求金額	③領収金額	⑥領収印
3,500 円	3,500 円	㊞

【領収書見本―２】

②令和〇年〇月〇日

① 健保　三朗　様

③領収金額
5,500 円

④インフルエンザ予防接種料として

（内訳：健保三朗様　3,000 円、健保日向様　2,500 円）

⑤東京都〇〇区〇〇町△-〇-□
△△△病院

⑥領収印
㊞

領収印は明瞭であること。
領収印を省略している医療機関の場合は、領収印の押印を依頼してください。
領収印の押印に対応していない医療機関は、その旨領収書の余白に記入してください。

【領収書―３・診療明細書】 ※領収書にインフルエンザの記載なし

医療費請求書（領収）書

患者氏名　①健保　三朗
生年月日　平成〇〇年〇月〇日

②診療日　令和〇年〇月〇日
⑤東京都〇〇区〇〇町△-〇-□
△△△病院

初・再診	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断
点	点	点	点	点
注射	処置	麻酔	投薬	その他
点	点	点	点	点

合計点数
点
保険適用料金
円

自由診療	材料容器代	文書料	検査料	予防接種
円	円	円	円	3,500 円

請求金額	今回未収金	領収金額	⑥領収印
3,500 円	円	③3,500 円	㊞

「領収書」とインフルエンザ」記載のある「診療明細書」を一緒に提出してください。

診療明細書

△△△病院

患者番号　××××	患者氏名　健保　三朗	受診日　令和〇年〇月〇日
診療科	内科	

部	項目	点数	回数
保険外	④インフルエンザワクチン	3,500	1