

■ 領収書確認事項 ■

- ①接種者名（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「診療報酬明細書」を一緒に提出
- ⑤医療機関名 ⑥領収印

【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 太郎 様				②令和〇年〇月〇日	
初・再診 点	医学管理等 点	在宅医療 点	投薬 点	注射 点	検査 点
手術 点	処置 点	画像診断 点	麻酔 点	病理・放射線 点	その他 点
診断書料 円	文書料 円	材料費 円	自費 円	④インフルエンザ 予防接種 3,500 円	円
請求金額 3,500 円	③領収金額 3,500 円		⑥領収印 印		

接種者氏名フルネームで記載
※会社名は不可

⑤東京都〇〇区〇〇町△-〇-□
△△△病院

① 健保 太郎 様

②令和〇年〇月〇日

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

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

請求金額 3,500 円	③領収金額 3,500 円		⑥領収印 印		
-----------------	------------------	--	-----------	--	--

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！

【領収書 見本2】

接種者氏名フルネームで記載 ※会社名は不可		②令和〇年〇月〇日
① 健保太郎 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：健保太郎様 3,000 円、健保花子様 2,500 円)		
⑤東京都〇〇区〇〇町△-〇-□ △△△病院		⑥領収印 印

接種者氏名フルネームで記載
※会社名は不可

②令和〇年〇月〇日

① 健保太郎 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：健保太郎様 3,000 円、健保花子様 2,500 円)

⑤東京都〇〇区〇〇町△-〇-□
△△△病院

⑥領収印
印

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。