

## 領収書について

領収書には下記が明記されていることが必要です。

- ① 接種を受けた方の氏名（フルネーム）  
領収書の宛名が接種を受けた方でない場合は、但し書き等に接種を受けた方のフルネームが記載されていること。  
複数で接種した場合は、それぞれの接種を受けた方のフルネームと金額の内訳が記載されていること。
- ② 接種年月日  
接種代支払日（領収書の日付）と接種日が異なる場合は、領収書の余白に接種日を記入して下さい。
- ③ 接種金額（支払金額）  
1名に対して1回の接種金額であることがわかるもの。  
2回分まとめて支払いされた場合は、領収書に2回分とわかるように記載が必要です。
- ④ インフルエンザ予防接種代であることがわかる記載  
「予防接種代」だけでは不可。  
インフルエンザ予防接種代と明記されていない場合は、**医療機関**で追記してもらってください。
- ⑤ 接種を受けた医療機関名（押印されているもの）

## 見本1

領収書

令和〇年〇月〇〇日

健康 太郎 様

¥ 3, 000 -

但し、インフルエンザ予防接種代として

〇〇〇〇クリニック  
△△市△△区△△町△△-△△ 印

## 見本2

領収書

連合 一郎 様 診察日 令和1年10月3日

患者番号	氏名	保健種別	負担率
123456	連合 一郎	自費	100%

初・再診料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射
0点	0点	0点	0点	0点	0点	0点
リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療	病理診断
0点	0点	0点	0点	0点	0点	0点
				診療総点数	保険一部負担	公費一部負担
				0点	0点	0点

予防接種料			
3,600円			
		自費合計	内消費税
		3,600円	0円

今回請求額	前回未収金	合計請求額 金額	調整額	繰越請求 額	領収金額
3,600円	0円	3,000円	3,000円	0円	0円
					3,600円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています

但し、インフルエンザ予防接種代として

〇〇〇クリニック

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
△△市△△区△△町△△-△△  
電話番号 ××・×××××・××××

領収印  
印