

インフルエンザ予防接種補助金請求書（任意継続者用）

- 世帯分（同一保険証記号番号ごと）まとめて記入し、1回で請求してください。
- 家族欄が足りない場合は、2枚提出してください。

被保険者（本人）分を請求せずご家族分（被扶養者分）のみの請求であっても、ご記入下さい。
印はシャチハタ可。

下記のとおりインフルエンザ予防接種をうけましたので費

令和 1年 11月 5日

被保険者証 記号一番号	被保険者氏名（本人）	連絡先									
500-4567	連合 一郎 連合 印	住所	〇〇市〇〇区〇〇〇町〇-〇〇-〇〇								
		電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇								
振込希望金融 機関	△△△△	銀行 信用金庫 信用組合	普通 当座	口座 番号	5	4	5	4	5	6	7
	△△△△	支店	名義（申請者である被 保険者となります。）		(フリガナ) レンゴウ イチロウ 連合 一郎						

接種を受けた方の氏名		年齢	接種				接種代金（合計）	
本人	同上	43	令和	1年	10月	3日	3,600	円
家族	連合 花子	42	令和	1年	10月	3日	3,400	円
			令和	年	月	日		
家族	連合 健太	5	令和	1年	10月	3日	6,000	円
			令和	1年	10月	30日		
家族			令和	年	月	日		円
家族								円

被保険者名義必須

13歳未満で2回接種分を請求する場合は、必ず1・2回
目の接種日両方をご記入下さい。記入のない場合は、1回
分のみの支払いになります。2回接種を受けても1回分
のみ請求する場合や2回分請求する必要がない場合（1回
の接種代金が補助上限3,500円を超える場合など）は、1回
分の接種日をご記入下さい。

13歳未満で2
回接種分を請求
する場合は、合
計額を記入して
下さい。

提出先：

提出前に必ず下

- 家族欄に書か
- 領収書は原本ですか？（コピー不可。領収書原本は返却できませんのでご注意ください）
- 領収書には、接種を受けた方のフルネームが記載されていますか？
- 一枚の領収書に複数人分の金額が記載されている場合、接種を受けた方毎のフルネームと金額が記載されていま
すか？（合計金額のみの記載は不可）
- 領収書には、接種日が記載されていますか？
- 領収書には、「インフルエンザ予防接種代」である旨が記載されていますか？（「予防接種代」だけでは不可）

別紙1「領収書について」をお読み頂き、ご提出下さい。

領収書に不備がある場合は受付できませんので、ご注意ください。

領収書添付欄

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

- ① 接種を受けた方の氏名（フルネーム）
- ② 接種年月日
- ③ 接種金額（支払金額）
- ④ インフルエンザ予防接種代であることがわかる記載
- ⑤ 接種を受けた医療機関名（押印されているもの）

領収書添付欄

領収書

和1年10月3日

連合 花子 様

¥3,400-

但し、インフルエンザ予防接種代として

△△診療所
△△市△△区△△町△△-△△

印

領収書

和1年10月3日

連合 健太 様

¥3,000-

但し、インフルエンザ予防接種代として

△△診療所
△△市△△区△△町△△-△△

印

領収書

和1年10月30日

連合 健太 様

¥2,000-

但し、インフルエンザ予防接種代として

△△診療所
△△市△△区△△町△△-△△

印

13歳未満で二回接種分を請求する場合は、二回分とわかる領収書が必要