



# 支 払 明 細 書

(インフルエンザ予防接種費用)

下 記 金 額 を 支 払 い ま し た。

被保険者 保険証記号 9999 番号 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

予 防 接 種 受 診 者 氏 名	続 柄 <small>※どちらかに○をつけてください。</small>	支 払 金 額	組 合 記 入 欄 <small>※組合記入欄へは何も記入しないでください。</small>
	本人 ・ 家族	円	
	本人 ・ 家族	円	
	本人 ・ 家族	円	
	本人 ・ 家族	円	
	本人 ・ 家族	円	

※ 領収書の返却を希望される方は、チェックマークを入れてください。→  領収書の返却を希望する

△市区町村等から予防接種費用の補助を受けている方は、補助金の申請はできません。

※ 市区町村等の補助につきましては、お住まいの市区町村や接種された医療機関にご確認ください。

## 申請前にご確認ください

補助の対象期間	令和5年9月1日～12月末日の間に接種された分
領収書について	① 氏名・接種金額・接種日・領収印の漏れがないかご確認ください。
	② 領収書は必ず原本を裏面にのり付けしてください。 ※ 領収書の返却を希望される場合は、上記の返却希望欄にチェックマークを入れ、裏面にホチキス留めしてください（のり付け不可）。
	③ レシートは使用できますが、支払明細書は使用できません。
	④ 複数名で1枚の領収書として発行されている場合は、全員の氏名と金額の内訳を明記してください（レシートの場合も同様）。
2回接種された場合について	支払金額が1,501円以上（1回当たり）→1回分のみ領収書を貼付 支払金額が1,501円未満（ " ）→2回分とも領収書を貼付 ※ どちらか1回のみ市区町村等から補助が出ている場合、補助が出ていない分が支給対象となります。