支払明細書

（別紙１）

（インフルエンザ予防接種費用）

下記金額を支払いました。

被保険者等　記号　　　番号

　　　　　　住所

　　　　　　氏名

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種  受診者氏名 | 続　　柄  ※どちらかに○をつけてください。 | 支　払　金　額 | 組　合　記　入　欄  ※組合記入欄へは何も記入しないでください。 |
|  | 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られている方は、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。 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 補助の対象期間 | 令和７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。 |

**申請前にご確認ください**

（別紙１-裏）

ホチキス留め

（返却希望分）

添付書類台紙

**下欄に領収書またはレシートをのり付けしてください。**

**返却希望分の領収書は、のり付けはせず、左上に必ずホチキス留めしてください。**

|  |
| --- |
| 1. のりしろ |
| 領収書　または　レシート |

|  |
| --- |
| 1. のりしろ |
| 領収書　または　レシート |

|  |
| --- |
| 1. のりしろ |
| 領収書　または　レシート |

|  |
| --- |
| 1. のりしろ |
| 領収書　または　レシート |

|  |
| --- |
| 1. のりしろ |
| 領収書　または　レシート |

|  |
| --- |
| 1. のりしろ |
| 領収書　または　レシート |