

《領収書確認事項》

①～⑥の項目が確認できる領収書が有効となりますのでご確認ください。

- ①医療機関名 ②接種者(フルネーム) ③接種日 ④領収金額 ⑤領収印
⑥「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「診療明細書」を一緒に提出

【領収書見本-1】

③令和〇年〇月〇日	
② 健保 花子 様	
④領収金額	3,500 円
⑥インフルエンザ予防接種代として	
①東京都〇〇区〇〇町△-〇-□ △△△病院	⑤領収印 印

【注意事項】

- 1) 領収印が不要のタイプの領収書の場合のみ、領収印なしで認めます。
- 2) 「予防接種/ワクチン」のみでは認められないので「インフルエンザ予防接種」の記載があることをご確認ください。
- 3) 接種者ごとに領収書が必要です。世帯で1枚の領収書は認められません。
- 4) 宛名が会社名または健保名の領収書は認められません。接種者氏名宛であることをご確認ください。
- 5) 「フルミスト」は補助対象外です。

【領収書見本-2・領収書+診療明細書】 ※領収書にインフルエンザの記載がない場合

医療費請求書(領収)書					
患者番号:012345					
氏名: ② 健保 花子 様					
③令和〇年〇月〇日					
①東京都〇〇区〇〇町△-〇-□ △△△病院					
初・再診 点	医学管理等 点	在宅医療 点	検査 点	画像診断 点	合計点数 点
注射 点	処置 点	麻酔 点	投薬 点	その他 点	保険適用料金 点
自由診療 円	材料容器代 円	文書科 円	検査料 円	予防接種 3,500円	
請求金額 3,500円	今回未収金 円	領収金額 ④3,500円		⑤領収印 印	

「領収書」と「インフルエンザ」と記載のある「診療明細書」を一緒に提出してください。

診療明細書				△△△病院	
患者番号	012345	患者氏名	健保 花子	受診日	令和〇年〇月〇日
診療科	内科				
部	項目	点数	回数		
保険外	⑥インフルエンザワクチン	3,500	1		