

領 収 書

金 円 (名分)

領収日： 令和 年 月 日

保険者番号：06135727

保険証		続柄	接種者氏名	性別	生年月日	接種日	金額
記号	番号						
		本人	(フリガナ)	男女	(西暦)		円
		家族			年 月 日	月 日	
		本人	(フリガナ)	男女	(西暦)		円
		家族			年 月 日	月 日	
		本人	(フリガナ)	男女	(西暦)		円
		家族			年 月 日	月 日	
		本人	(フリガナ)	男女	(西暦)		円
		家族			年 月 日	月 日	
		本人	(フリガナ)	男女	(西暦)		円
		家族			年 月 日	月 日	

上記のとおりインフルエンザ予防接種料を領収いたしました。

所在地
名称
医療機関 代表者
電話番号

印

東振協 予防接種契約機関はチェックを入れてください→ ☐

★ 医療機関へお願い ★

この用紙は東日本プラスチック健康保険組合の加入員が補助金を申請するときに必要です。記入漏れなど不備がないようご協力をお願いいたします。

- 医療機関の所在地・名称等のゴム印の場合は、医療機関(またはその代表者)の印は省略できます。
- 誤字は医療機関の訂正印が必要です。(修正液・修正テープ等は不可)
- 2回接種の場合は、1回目と2回目を別々に記載してください。

※この領収書作成により文書料等の費用が発生する場合は、「日付」「接種者名」「インフルエンザ予防接種代」等が明記された医療機関発行の領収書とその領収明細書でも代用できます。

インフルエンザ予防接種 領収書貼付台紙

（「領収書〈東プラ専用〉」以外の領収書・領収明細書を提出する場合）

①太枠内を記入・チェック☑してください。

保険証記号	保険証番号	続柄	接種者氏名	性別	生年月日
		本人 家族	(フリガナ)	男 女	(西暦) 年 月 日

☐ 領収書は原本である。（コピー・レシートは不可）
☐ 領収書または領収明細書に接種者のフルネーム、領収日、接種日の記載がある。
☐ 領収書または領収明細書に「インフルエンザ予防接種代」の但し書きがある。
☐ 東振協契約機関で接種していない

②医療機関発行の領収書・領収明細書を貼り付けてください。

領収書・領収明細書 のり付け位置

【貼り方の注意】

- 1人につき1枚ずつ作成し、上記の接種者のみ貼り付けしてください。
- ホッチキス及びセロハンテープは使用しないでください。
のり付け位置に折り曲げず広げた状態で貼ってください。
(A4サイズなど、横幅が貼付台紙より大きい場合は、貼り付けせず添付してください)

※予防接種済証明書や領収明細書のみは受付できません。必ず領収書とセットでご提出ください。

※提出書類(領収書含む)は返却できません。

控えが必要な場合はコピーをとってからご提出ください。

※提出書類の内容に不備がある場合は受付できません。