

<領収書の注意点>

【例1 領収書】

領収書の氏名は接種者（フルネーム）になっていますか？
※世帯合算の場合は接種者全員のフルネーム、接種者ごとのインフルエンザ単価を明記してください。

請求書兼領収書

氏名 組合 花子 様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

初・再診	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	検査
点	点	点	点	点	点
手術	処置	画像検査	麻酔	病理・放射線	その他
点	点	点	点	点	点

保険点数合計	負担率	負担金
点	点	円
	保険外合計	
	3,600 円	

請求金額	領収金額	領収印
3,600 円	3,600 円	印

インフルエンザ予防接種代として

〇〇市〇〇町〇-〇 〇〇病院

領収書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 組合 花子 様

¥ 3,600 円

但し、インフルエンザ予防接種代として

〇〇市〇〇町〇-〇 〇〇病院

印

領収印はありますか？

領収印を省略している医療機関もありますので、その場合は必ず領収印の押印をお願いしてください。

「インフルエンザ予防接種」の記載はありますか？

表示がない場合は必ず但書きを依頼していただくか、「インフルエンザ予防接種済証明書」をあわせて提出してください。

【例2 領収書・診療明細書】

領収書と同時に発行された診療明細書に「インフルエンザワクチン」と記載があるときは領収書と診療明細書2枚をご提出ください。

医療費請求(領収)書

〇〇市〇〇町〇-〇 〇〇病院
TEL △△△-△△△-△△△△

患者番号 1234

患者氏名 組合 花子 診療日〇〇年〇〇月〇〇日

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

初・再診	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	合計点数
点	点	点	点	点	
注射	処置	麻酔	投薬	その他	保険負担金額
点	点	点	点	点	

自費負担金額	文書料	予防注射	その他
		3,600 円	

請求金額	領収金額	印
3,600 円	3,600 円	領収印

診療明細書

〇〇〇病院

患者氏名	組合 花子様
診療科	内科

項目名	点数	回数
保険外 インフルエンザワクチン	3600	1