

様式第2号(第5条関係)

肺炎球菌予防接種費領収書

年 月 日

(接種を受けた人の氏名)

様

下記のとおり、肺炎球菌予防接種を実施し、その費用を領収したことを証明します。

記

接 種 年 月 日	年 月 日
接 種 金 額	円
実施医療機関名 住 所 氏 名 ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。	