

様式第2号(第6条関係)

带状疱疹予防接種費領収書

年 月 日

様

下記のとおり、带状疱疹予防接種を実施し、その費用を領収したことを証明します。

記

予 防 接 種 の 種 類 ※該当するものの ()に○を 付けてください。	() 生ワクチン () 不活化ワクチン1回目 () 不活化ワクチン2回目
接 種 年 月 日	年 月 日
接 種 に 要 し た 費 用	円
実施医療機関 住所 氏名	① ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。