

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

ワクチンの種類	20価 ・ 23価 ※接種したワクチンに○をつけてください。
接種年月日	年 月 日
接種金額	円
実施医療機関名	
住所	
氏名	
(印)	
※本人が署名しない場合は、記名押印してください。	