

様式第2号（第5条関係）

インフルエンザ予防接種費領収書

（接種を受けた人の氏名）

様

金額 円

インフルエンザの予防接種を実施し、その費用として上記の金額を領収したことを証明します。

内 訳	接 種 回 数	接 種 年 月 日	接 種 金 額
	1 回 目	年 月 日	円
	2 回 目	年 月 日	円

年 月 日

医療機関名

住 所

医師名



※本人が署名しない場合は、記名押印してください。