

《インフルエンザ予防接種領収書の注意点》

※ 領収書のコピーで申請はできません。領収書原本はお返しできません。
「インフルエンザ予防接種済証」や「診療報酬明細書」のみでは申請できません。

・ 例1 領収書

① インフルエンザ予防接種を受けた組合員本人、
または 家族被保険者のフルネームになっていますか。
会社名や店舗名の領収書は受付できません。

② 金額が家族合計金額の場合や、領収日と接種日が
異なる場合は個別の内訳が必要です。
2回接種した分が合算されている領収書の場合は、
2回分それぞれの接種日と接種費用の記載が必要です。

領 収 書	
東 食 太 郎 様	
¥8,000-	
但、インフルエンザ予防接種代として	
内訳) ○○年○○月○日接種 東食太郎 4,000円 ○○年○○月○○日接種 東食花子 4,000円	
令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 上記の金額正に領収しました	
東京都 ○○区 ○○町 ○-○○-○ ○○○クリニック Tel.○○-○○○○-○○○○ 印	

③ 「インフルエンザ予防接種代」の記入はありますか
「予防接種」のみは不可。インフルエンザと明記してあること

④ 医療機関名、電話番号の記載があること

・ 例2 領収書・明細書

(例1の領収書同様①～④の記載必要)

⑤ 領収書にインフルエンザ予防接種の明記がなく、
同時に発行された明細書にインフルエンザと記載があるときは、
領収書と明細書の両方を提出してください。

医療費請求書・領収書					
患者No.	11111	保険種別	負担率	100%	
氏 名	東 食 太 郎 様	診療日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
生年月日	平成 2年 3月22日生	性別	男性	請求書番号	12345
診療科	内科	発行日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
保 険	初・再診	医学管理等	在宅医療	検査料	画像診断
	点	点	点	点	点
	処置	処方箋	投薬	合計点数	保険適用金額
保 険 外	文書料	予 防 注 射	その他		保険外計
	円	3,500円	円	円	3,500円
請求金額	今回未収金額	領収金額	○○市○○町 ○-○○-○ ○○○医院		
3,500円	円	3,500円			

明 細 書				○○○医院	
患者No.	11111	診療科	内科	診療日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
氏 名	東 食 太 郎 様	生年月日	平成 2年 3月22日生	性別	男性
部	項目名	点 数	回 数		
保険外	インフルエンザワクチン	3,500 円	1		