

領収書に注意

①接種者氏名 ②インフルエンザ予防接種であること ③接種費用 ④受診年月日
⑤医療機関名がわかるものを貼付してください。

診療費請求書 兼 領収書

患者番号 1 2 3 4 5 6
患者名 公立 太郎 様

無記名・名字のみの場合は受付できません。

発行日 令和●年●月●日

保険	初・再診料	円	入院料等	円	医事管理等	円	在宅医療	円	検査	円	画像診断	円
	投薬	円	リハビリテーション	円	処置	円	手術	円	麻酔	円	その他	円
	健診代	円	予防接種	3,800 円		円		円		円		円
保険外負担	保険外併用療養費	円	室料差額	円		円	電気代	円				
	健診代	円										
		円										

これだけでは、「インフルエンザ」の予防接種を受けたのか分かりません。
医療機関に但し書きを追記してもらってください。

医療機関の領収印は必ず押印してください。
※領収印廃止の場合を除く

※インフルエンザ 予防接種 共済

大分市府内町 3-10-1
共済 医院
012-345-6789

領収印 共済 医院

前未収金	円
請求金額	3,800 円
未収金	円
領収金額	3,800 円

※「その他」「予防接種」など、項目が明確でない欄のみに金額が記載されている場合は、**但し書きを追記**していただき、そこに**医療機関の印**を押してもらってください。（窓口の担当者の手書きで構いません。**手書きの場合は担当者の印を押してもらってください。**）

※領収書の他に、医療機関から**インフルエンザの予防接種であることがわかる明細書が発行されている場合は、その明細書（写し可）を必ずセットにして提出してください。**

明細書を添付していただければ、領収書への但し書き及び押印は不要です。