

領収書チェック項目

※1 余白に手書きで追記してある場合は、追記部分に病院窓口の方の認印が必要です。

① 接種者氏名

インフルエンザ予防接種を受けた方のフルネームの記載があること(会社名不可)

※1

・数名分が合算されている領収書の場合、1名ずつの氏名の記載が必要です。

③ 接種日

予防接種を受けた日(補助対象期間の10月1日~1月31日)の記載があること

・2回接種した分が合算されている領収書の場合、2回分それぞれの接種日の記載が必要です。

領 収 書

〇〇〇〇年〇月〇日

※1 太郎 2000円
花子 1500円

氏名 〇〇 〇〇 様

※1 1回目 10/20 2000円
2回目 11/15 1500円

保							
険							

保							
険			3,500円				
外							
					保険外合計料金		
					3,500円		

請求金額	領収金額
3,500円	3,500円

インフルエンザ予防接種代として

〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇〇
〇〇〇病院

⑤ 予防接種名

「インフルエンザ予防接種」の記載があること

※1

② 接種費用

インフルエンザ予防接種の金額の記載があること

※1

・数名分が合算されている領収書の場合、1名ずつの金額の記載が必要です。
・2回接種した分が合算されている領収書の場合、2回分それぞれの接種費用の記載が必要です。

④ 医療機関名

医療機関名の記載があること



⑤の項目が領収書で確認できない場合は、不足している項目が記載されている「診療明細書」、「予防接種済証明書」、「母子手帳コピー(名前のページ+インフルエンザ予防接種についての記載があるページ)」のいずれかを領収書と一緒にアップロードしてください。

・上記の書類がない場合は、領収書の余白に病院で必要な項目を追記してもらい、病院の認印を押してもらってください。(手書きの領収書の場合は、①~⑤の項目が手書きですべて正しく記載されていれば認印不要です。)

・診療明細書等のみでは申請できません。必ず領収書と一緒にアップロードしてください。