

インフルエンザ予防接種受診票

※太枠内をご記入ください。

フリガナ				男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名									
健保名				会社名					
保険証 記号			保険証 番号			ご本人 ・ ご家族			
領収証宛名	※領収証宛名を個人名以外(会社名など)でご希望の場合、下記にご記入ください。								
当日 お支払あり	<input type="checkbox"/> 全額自己負担(円)		<input type="checkbox"/> 自己負担(円)/健保・会社負担(円)						
当日 お支払なし	<input type="checkbox"/> 全額健保・会社負担(円)		<input type="checkbox"/> 会社負担(円)/健保負担(円)						
【注意事項】 <p>■ご受診当日は以下の書類をご記入のうえ、必ずお持ちください。</p> <p>①インフルエンザ予防接種予診票 ②インフルエンザ予防接種受診票(本紙)</p> <p>■ご受診前に「インフルエンザワクチンの接種について」をよくお読みください。</p> <p>■健康保険組合発行の利用券がある場合、本受診票とあわせて窓口にご提出ください。 ※利用券をお忘れの場合、全額窓口でお支払いいただきます。</p>									