

年 月 日

受付者:

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	(全額自己負担の方は記入不要)			会社名	(全額自己負担の方は記入不要)
保険証 記号	(全額自己負担の方は記入不要)	保険証 番号	(全額自己負担の方は記入不要)	(全額自己負担の方は記入不要) 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。				
お支払い	☐ 自己負担 (¥)		☐ 会社負担 (¥)		☐ 自治体負担 一部 or 全額
	☐ 健康保険組合負担 (利用券の確認をお願いします) (¥)				
【注意事項】 ■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。 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) ③マイナ保険証・資格確認書(いずれか) ■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。 ■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。 <u>※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。</u>					