

津山圏域勤労者互助会

インフルエンザ等予防接種助成金交付申請書 兼 領収書

2024年度		取扱者	取扱者				次長	事務局長
科目	福利厚生費							
用途	インフルエンザ等予防接種助成							
20 年 月 日								
津山圏域勤労者互助会会長 殿								
下記のとおり、インフルエンザ等予防接種の助成金の交付を申請します。								
申請者氏名	印			会員番号				
接種医療機関名								
接種年月日	20 年			月	日			
上記のとおり、インフルエンザ等予防接種をしたこと及びその助成対象者であることを証明します。								
事業所名 _____								
評議員名 _____ 印								
津山圏域勤労者互助会 インフルエンザ等予防接種助成金を領収いたしました。								
20 年 月 日								
金額	万	千	百	拾	円			
	¥	1	0	0	0			
事業所住所 _____								
事業所名 _____								
申請者氏名 _____ 印								

※裏面に記載されている内容の領収書を添付して申請してください。

記帳

領 収 書 添 付

領収書例

01 内科 【外来】 請求書兼領収書 ④
 患者番号 01234 インフルエンザ予防接種代として
 氏名 互助会 花子 様 請求日 平成 30年 11月 11日

初・再診料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射	リハビリ	精神科専門
処置	手術	麻酔	処方箋・他	放射線				
							保険分合計	負担割合
								100%
保険外品目							患者負担額	一部負担金
3,500								
			私費分合計	課税分合計	内消費税		今回請求額	減免額
修正差額	前回未収	請求合計額					窓口請求額	
		3,500						3,500
							受取金額	
							3,500	

岡山県津山市山下92-1
 津山互助会クリニック
 津山 太郎 ①

③
⑤ 津山 領収印

領 収 書

② 互助会 花子 様 2017年 11月 11日

③ ¥3,000

但 インフルエンザ予防接種代金 ④
 上記正に領収いたしました

岡山県津山市山下92-1
 津山互助会クリニック ①
 津山 太郎 ⑤ 津山

チェック項目（次の事項が 明記；押印されているかご確認ください。）

- ① 接種医療機関名
- ② 申請者名
- ③ 金額
- ④ 『予防接種（インフルエンザ・風疹 等）』と明記のあるもの
 （接種した予防接種の種類のみ記）
- ⑤ 領収印