様式第３号(第６条関係)

帯状疱疹予防接種費領収書

年　　月　　日

（接種者氏名）

　　　　　　　　　　　　　様

　下記のとおり、帯状疱疹予防接種を実施し、その費用を領収したことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の種類  ※該当するものの  （　　）に〇を  付けてください。 | （　　　）生ワクチン  　（　　　）不活化ワクチン１回目  　（　　　）不活化ワクチン２回目 |
| 接種年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 接種に要した費用 | 円 |
| 接種医療機関    　住　　　所  　　　　医療機関名  　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ※本人が署名しない場合は、記名押印してください。 | |