

医療機関各位

アダストリア健康保険組合

インフルエンザ予防接種 領収書の発行について

拝啓 貴院いよいよご盛業のこととお慶び申し上げます。また、平素より当組合の事業運営にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

アダストリア健康保険組合が実施する「インフルエンザ予防接種補助金」の支給にあたり、領収書の内容を正確に把握する必要があります。つきましては、領収書は以下の通り作成していただきたく、ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

敬具

〈収書記載方法〉

【宛名】

接種者本人の氏名（フルネーム）

【但書】

インフルエンザ予防接種代

作成イメージ

申請には領収書の添付が必要です。

領収書に不備があると受付できません。①～⑤が記載されているか必ず確認してください。

① 接種者名(フルネーム)	健保 太郎 様	令和3年11月15日	③ 接種年月日 (和暦・西暦いずれも可)
② 「インフルエンザ予防接種」と記載されていること (他の名称や記載なしは受理できません)	領収書 ¥ 3,000- 税込 インフルエンザ予防接種代として サンプル内科クリニック 〒000-0000 札幌市中央区南一条西五丁目1番1号 電話: 000-000-0000	④ 支払った接種費用額	⑤ 医療機関名と医療機関印

〈お問合せ先〉

令和7年10月31日までにつきましてはアダストリア健康保険組合お問い合わせください。

Mail : info@adastria-kenpo.com TEL : 03-6384-1336

令和7年11月1日以降につきましては委託先 (株)バリューHR へお問い合わせください。

Mail : infl-adastria@apap.jp TEL : 0561-56-7026