

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

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) → インフルエンザ予防接種代として

③ 接種年月日 (和暦・西暦いずれも可) → 令和3年11月15日

④ 支払った接種費用額 → ￥ 3,000- 税込

⑤ 医療機関名と医療機関印 → サンプル内科クリニック  
〒東京都千代田区千代田1-1-1  
電話:00-000-0000

〈お問合せ先〉

ご不明な点がございましたら、当組合までお問合せください。

アダストリア健康保険組合

Tel : 03-6384-1336

Mail : info@adastria-kenpo.com