

令和3年10月1日

医療機関

「領収書」交付窓口ご担当者様

公文健康保険組合
(公印省略)

インフルエンザ予防接種に係る領収書等の交付についてのお願い

平素は当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。

さて、当組合では保健事業の一環として「インフルエンザ予防接種費用補助」を実施しております。被保険者から補助金の申請があった場合、誰がいつインフルエンザ予防接種を受け、その費用がいくらであったかを確認する必要があります。

領収書交付につきましては、下記ご確認のうえ、ご対応いただきますようお願い申し上げます。

記

【領収書】

領収書には次の内容を明記してください。

- ① 領収書宛名：接種者氏名（フルネーム）
※会社名・組合名は不要（これらの記載がある領収書は不可とします）
- ② 領 収 額：インフルエンザ予防接種費用（単独）
- ③ 領 収 日 付：接種日と違う場合は別に接種日の記載が必要
- ④ 領 収 内 容：（但し書き等に）インフルエンザ予防接種代
- ⑤ 医療機関名
- ⑥ 医療機関領収印

※感熱紙などの記載内容が消える恐れがあるものは不可とします。

※電子領収書で上記項目が不足している場合において手書きによる加筆をいただいた場合はご担当者様の押印をお願いします。

※領収書の内容を訂正される場合はご担当者様の押印をお願いします。

※世帯合算または複数回分をまとめた領収書の場合は、①～③の項目において内訳をご記入ください。

【インフルエンザ予防接種済証明書等の交付について】

領収書と共に「インフルエンザ予防接種済証明書」または接種したことがわかる「診療明細書」を交付していただきますようご協力をお願いします。

～本件に関する問い合わせ先～

公文健康保険組合 大阪市北区梅田 1-2-2 / 電話 06-4797-8804