

平成 30 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の費用補助」を実施しております。

健康保険組合としては被保険者等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の予防接種を受けて、その費用がいくらであったのかを確認する必要があります。

領収書の交付につきましては、補助金事業にご理解いただき下記内容をご確認のうえよろしく  
お願い申し上げます。

#### 【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・組合名は不要です
- ②領 収 額：インフルエンザ費用単独
- 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載ください。

#### 【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」又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