「B方式」インフルエンザ予防接種個人別内訳報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請求の種類 | □　被保険者 | 　□　被扶養者 | □　13歳未満の被扶養者 |

●13歳未満の被扶養者に係る請求は、２回目の予防接種が終了後、１回目分と併せて請求してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証記号 |  |
| 番号 | 予防接種者氏名 | 予防接種者の生年月日（13歳未満の接種者のみ） | インフルエンザ予防接種の実施日等 | ※決 定 額 | 備 考 |
| 下段の②は13歳未満の2回目の接種年月日 | 予防接種の 実　費 |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
|  |  | 平成　　　 年 　月 　日生令和 | ①　　　 年 　月 　日 |  |  |  |
| ②　　　 年 　月 　日 |  |
| 合　　　　　　　計 | 人 |  |  |  |

１．請求の種類の□にチェックして報告書を作成してください。 ※決定額欄は、記入しないでください。

また報告書を家族単位で作成する場合は、すべての□にチエック

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

をしてください。

２．13歳未満の被扶養者の取扱いは、13歳の誕生日前日までに1回目

の予防接種を実施した方とします。

３．予防接種者の生年月日欄は、13歳未満の被扶養者が接種した場合

のみ記入してください。

民間放送健康保険組合