「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回目と併せて請求してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者記号 | |  |
|  | 番　号 | 氏　　名 | | 13歳未満の生年月日 | インフルエンザ予防接種の実施日等 | | ※  決 定 額 | 備 考 |
| 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  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
|  |  |  | | 平成  　　年 　月 　日  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
|  |  |  | | 平成  　　年 　月 　日  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
|  |  |  | | 平成  　　年 　月 　日  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
| 5 |  |  | | 平成  　　年 　月 　日  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
|  |  |  | | 平成  　　年 　月 　日  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
|  |  |  | | 平成  　　年 　月 　日  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
|  |  |  | | 平成  　　年 　月 　日  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
|  |  |  | | 平成  　　年 　月 　日  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
| 10 |  |  | | 平成  　　年 　月 　日  令和 | ①令和　　年 　月 　日 |  |  |  |
| ②令和　　年 　月 　日 |  |
|  | 合　　　　　　　計 | | | | 人 |  |  |  |

　　※欄は、記入しないでください。

１．請求の種類の被保険者・被扶養者・13歳未満の被扶養者の□にチェックして報告書を作成してください。また、報告書は、請求の種類ごとに作成してください。

２．1回目を13歳未満で接種の場合、2回まで補助いたします。

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