

## 「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	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 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				インフルエンザ予防接種の実施日等		※	備考
番号	氏名	13歳未満の生年月日	②は13歳未満の 2回目の接種年月日	予防接種 の実費	決定額		
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				
		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	合 計		人				

※欄は、記入しないでください。

1. 請求の種類、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。