

令和7年度 インフルエンザ予防接種実施報告書

※ この報告書と領収書(コピー可)を事業所の担当者に提出してください。

○ 請求者

健康保険の記号	事業所名	
番号		
	被保険者氏名	

○ 請求内訳(被保険者と被扶養者で予防接種を受けた方)

氏名	該当する方に○をし、家族の場合は、カッコ内に続柄を記入	年齢	支払金額
	1、本人 2、家族 ()		

領収書貼付欄

(のり付けしてください)

※ 令和8年1月16日(金)までに鉄二健保必着となっております。

※ 申請上の注意

- ① 対象接種期間は「10/1(水)~12/31(水)」です。
- ② 接種日現在、被保険者または被扶養者である方が対象です。
- ③ 医療機関が発行した領収書(コピー可)を付けてください。
※「診療明細書のみ」では申請できません。
- ④ この報告書は1人1枚なので人数分コピーして使用してください。

※ 領収書必須記載事項

- 被接種者氏名
- 接種年月日
- 接種費用(単価)
- 医療機関名称
- 内容…「インフルエンザ代」と明記されていること。「予防接種」のみで「インフルエンザ」の記載が無いものは不可。

(注)領収書必須記載事項(上記5つ)が確認できない場合は、支払いができないことがありますので、医療機関より下記へ証明をもらってください。

東京都鉄二健康保険組合

○医療機関証明欄(領収書に「インフルエンザ」の記載がない場合のみ)

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施したことを証明します。

令和 年 月 日 所在地

医療機関

