

「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		インフルエンザの実施日等			決定額	備考
番号	予防接種者氏名	予防接種年月日	13歳未満の2回目の 接種年月日及び生年月日	予防接種 の実費		
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 平成 年 月 日生			
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 平成 年 月 日生			
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 平成 年 月 日生			
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 平成 年 月 日生			
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 平成 年 月 日生			
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 平成 年 月 日生			
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 平成 年 月 日生			
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 平成 年 月 日生			
		平成 年 月 日	平成 年 月 日 平成 年 月 日生			
合 計			人			

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、報告書を家族単位で作成する場合は、すべての にチェックをしてください。
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回目の予防接種をした者とします。
3. 予防接種年月日欄は、インフルエンザ予防接種の実施日(13歳未満は1回目の実施日)を記入してください。
決定額欄は、記入しないでください。