

平成●●年●●月●●日

# 領収書

1. 接種者氏名  
(フルネーム・会社名不可)

健康 太郎 様

5. 接種年月日

金額 ¥ 3, 0 0 0 -

但 インフルエンザ予防接種代として

上記正に領収いたしました

2. 「インフルエンザ予防接種」である旨

3. 医療機関名  
4. 医療機関印 (領収印)

〒●●●-●●●●

東京都△△△区△△ 1-2-3

健保クリニック

健保 一郎

TEL 03-1234-●●●●

健保  
クリニック