

接種期限 令和3年12月31日(金)

申請期限 令和4年1月31日(月)

インフルエンザ予防接種 実施証明書(被保険者用)

1. **必ず、医療機関証明欄に記入のうえ**、健保事務担当者に提出して下さい。ただし、医療機関証明がない場合は、インフルエンザ予防接種代明記の領収書の添付が必要です。

2. 対象者は、**被保険者**です。

ただし、市町村の助成対象者(65歳以上等)は健保補助対象外です。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	-	被保険者住所	
	事業所名		被保険者氏名	

医 療 機 関 証 明 欄	予防接種受診者		接種日	領収額	市町村公費助成(※)
	氏名		年 月 日	円	有・無
	(※)市町村から公費助成がある場合は「有」、全額自費の場合は「無」に○をつけて下さい。				
	上記のとおり予防接種を実施したことを証明いたします。				
	令和	年	月	日	
	所在地				
	医療機関名				印

茨城県農協健康保険組合