

(様式第2号)

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い定期接種期間外に接種した予防接種に係る確認書類

医療機関が記載			
接種年月日	予防接種の種類	接種医療機関	支払金額 (A)
令和 年 月 日	ヒブ (Lot.No 0000)	医療機関名 〇〇クリニック 代表者職氏名 〇〇 ×× Tel: 印	〇, 〇〇〇円
令和 年 月 日	小児用肺炎球菌 (Lot.No 0000)	医療機関名 〇〇クリニック 代表者職氏名 〇〇 ×× Tel: 印	△△, △△△円
令和 年 月 日	B型肝炎 (Lot.No 0000)	医療機関名 〇〇クリニック 代表者職氏名 〇〇 ×× 印	□, □□□円

一つのワクチンにつき、一行使用してください。

・ワクチン名
・ロットナンバー
を記入してください

税込みの金額を記入してください。

代表者職氏名

印

円