

①領収書であることの明記

# 領収書

②接種日の日付

2022年11月1日

③接種者のフルネーム

山田 太郎 様

④インフルエンザ予防接種の金額

¥4,000—

⑤インフルエンザ予防接種の明記

但し、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

三宮御幸病院  
〒651-0087  
神戸市中央区御幸通7丁目1番15号  
TEL : 078-230-7040

⑥病院または担当者の捺印

