帯状疱疹ワクチン任意予防接種償還払い申請用証明書

令和	年	月	日

江戸川区長 殿

(被接種者情報) ※申請者が記入

住 所:

氏 名:

生年月日:

上記の者が帯状疱疹ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチン の種類	□ 生ワクチン (ビケン)
	□ 不活化ワクチン(シングリックス)

回数	接種年月日	領収額 (税込)
1回目	年 月 日	円
2回目 ※不活化ワクチンのみ	年 月 日	円

実施医療機関名:

住 所:

電 話 番 号:

医師署名又は記名押印: