

ファミリーパックホームページからデータ入手

インフルエンザ予防接種を受診されその領収書に「インフルエンザ予防接種」等の明記漏れや、領収書がレシートもしくは発行されない場合、受診された医療機関にて証明を受けてください

領収書に「インフルエンザ予防接種」
受診の明記があれば」不要



様式第5号（第6条関係）



インフルエンザ予防接種証明書



接種費用 円

(公財)兵庫県勤労福祉協会
ファミリーバック
〒650-0011
神戸市中央区下山手通6丁目3番28号
TEL 078-351-6786

1 接種者氏名 (S H 年 月 日生)

2 接種年月日 (和暦) 年 月 日

上記のとおり、接種したことを証明します。

(和暦) 年 月 日

所在地

医療機関名

代表者名

印

T E L () -

【記載例】

様式第5号（第6条関係）



インフルエンザ予防接種証明書



接種費用 3,600 円

(公財)兵庫県勤労福祉協会
ファミリーバック
〒650-0011
神戸市中央区下山手通6丁目3番28号
TEL 078-351-6786

1 接種者氏名 共済 元気 (S H 50年 1 月 1 日生)

2 接種年月日 (和暦) 令和 7 年 12 月 1 日

上記のとおり、接種したことを証明します。

(和暦) 令和 7 年 12 月 1 日

所在地 神戸市〇〇区〇〇〇

医療機関名 〇〇〇病院

代表者名 〇〇 〇〇

T E L (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

証明欄は必ず接種した医療機関にて証明を受けてください。

証明書が全て手書きの場合は、必ず医療機関の押印が必要です。

印