

带状疱疹ワクチン任意接種に係る償還払い申請用証明書

年 月 日

東久留米市長 殿

（被接種者情報） ※申請者が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 月 日

上記の者が带状疱疹ワクチンを接種したことを証明します。

乾燥弱毒生水痘ワクチン（ビケン）

接種年月日	ロット番号	接種量
年 月 日		mL
接 種 費 用	円	

乾燥組換え带状疱疹ワクチン（シングリックス） 1回目

接種年月日	ロット番号	接種量
年 月 日		mL
接 種 費 用	円	

乾燥組換え带状疱疹ワクチン（シングリックス） 2回目

接種年月日	ロット番号	接種量
年 月 日		mL
接 種 費 用	円	

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：