| 区分 | 保険者番号 | 記号 | 番号 | 氏名（カナ） | 氏名（漢字） | 生年月日 | 続柄 | 医療機関コード | 保険医療機関番号 | 実施区分 | 接種日 | 請求明細番号 | 請求書番号 | 負担した額 | 性別 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1234 | 567 | ﾄｳｷﾝ ﾀﾛｳ | 東金　太郎 | S40.10.10 | 1 | | | | R3.10.20 | | | 5000 | |
| | | 1234 | 567 | ﾄｳｷﾝ ﾊﾅｺ | 東金　花子 | S45.11.11 | 2 | | | | R3.10.27 | | | 4000 | |
| | | 1234 | 890 | ﾀﾏ ｲﾁﾛｳ | 多摩　一郎 | H1.5.5 | 1 | | | | R3.11.17 | | | 3500 | |
| | | 1234 | 890 | ﾀﾏ ｶｽﾞｺ | 多摩　一子 | H5.7.7 | 2 | | | | R3.11.19 | | | 4000 | |
| | | 1234 | 890 | ﾀﾏ ｼﾞﾛｳ | 多摩　二郎 | H15.8.8 | 2 | | | | R3.11.24 | | | 4000 | |

**黄色のセルに以下のように入力してください**

- **「記号」「番号」「生年月日」「接種日」「負担した額」は半角英数で入力してください。**
- **「氏名（カナ）」は、半角カナ（スペースも半角）で入力してください。**
- **「氏名（漢字）」は、全角（スペースも全角）で入力してください。**
- **「続柄」は、本人は　１　、家族は　２　と入力してください。**
- **入力後はエクセルのまま保存し、磁気媒体でご提出ください。**