

# インフルエンザ予防接種者連名簿

保険証記号	
-------	--

事業所名称	
-------	--

↓連名簿の枚数を記入

/	枚中
---	----

●接種した方 ※すべての項目について必ずご記入ください。

保 険 証 番 号	氏 名	種 別 <small>どちらか○で囲む</small>	年 齢	支 払 金 額	実 施 医 療 機 関 名
1		本人・家族		円	
2		本人・家族		円	
3		本人・家族		円	
4		本人・家族		円	
5		本人・家族		円	
6		本人・家族		円	
7		本人・家族		円	
8		本人・家族		円	
9		本人・家族		円	
10		本人・家族		円	
11		本人・家族		円	
12		本人・家族		円	
13		本人・家族		円	
14		本人・家族		円	
15		本人・家族		円	
16		本人・家族		円	
17		本人・家族		円	
18		本人・家族		円	
19		本人・家族		円	
20		本人・家族		円	
21		本人・家族		円	
22		本人・家族		円	
23		本人・家族		円	
24		本人・家族		円	
25		本人・家族		円	

【総 計】      接種した人数      補助金請求額合計      円