

インフルエンザ予防接種実施報告書

No.	保険証番号	本人・家族	氏 名	実施日	実施機関	支払額	補助金額 (上限3,000円)
1		本・家					
2		本・家					
3		本・家					
4		本・家					
5		本・家					
6		本・家					
7		本・家					
8		本・家					
9		本・家					
10		本・家					
11		本・家					
12		本・家					
13		本・家					
14		本・家					
15		本・家					
16		本・家					
17		本・家					
18		本・家					
19		本・家					
20		本・家					
						計	円

上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

事業所

事業主

⑩

※ 「任意継続被保険者」の方は、事業所欄に「住所」を、事業主欄に「氏名」を記入して下さい。