

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種実施報告書

No.	保険証番号	本人・家族	氏 名	実 施 日	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

※インフルエンザ・新型コロナと合わせて上限3,000円となります。

※「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。

インフルエンザ（複数回接種用）予防接種実施報告書

	保険証番号	本人・家族	氏 名	実 施 日	支 払 額	補助金額 (上限5,000円)
1		家族				円
2						
3		家族				円
4						
5		家族				円
6						
7		家族				円
8						
9		家族				円
10						
11		家族				円
12						
13		家族				円
14						
15		家族				円
16						
17		家族				円
18						
19		家族				円
20						
					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

※「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。