（様式第２号）　　年　　月　　日

令和３年度 インフルエンザ予防接種者一覧表

事業所記号		事業所名	

保険証番号	氏　　名	区　　分	接　種　日	負担した額
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円
		本人 ・ 家族	年　月　日	円