インフルエンザ予防接種者一覧表

（様式第２号）

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険証記号 | 事業所名 |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　号 | 氏名 | 区　　分 | 接種日 | 負担した額 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 | 　　 　　 |  |  | 円 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 |  |  |  | 円 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 |  |  |  | 円 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 |  |  |  | 円 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 |  |  |  | 円 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 |  |  |  | 円 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 |  |  |  | 円 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 |  |  |  | 円 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 |  |  |  | 円 |
|  |  | 被保険者 ・ 被扶養者 | 年　 月　　 日 |  |  |  | 円 |

|  |
| --- |
| ◆実施医療機関が発行した下記事項の記載がある領収書（写可）を貼付けてください。◆領収書がない場合は実施医療機関より下記証明欄に記入・捺印を受けてください。実施医療機関記入欄1. 接種日　　　　　　　　　　　　　　④　単価
2. 接種を受けた方の氏名　　　　　　　⑤　インフルエンザ予防接種である旨
3. 医療機関名

領収証明書年　　　月　　　日様（接種された方、全員の氏名をご記入ください。）　金額　　　　　　　　　　　但し インフルエンザ予防接種代金として上記の金額を正に領収いたしました。内　訳　＠　　　　　　　×　　　名　　所在地内　訳　＠　　　　　　　×　　　名　　医療機関名代表者 **※領収書はまとめて一覧表にホチキス留めしてください。** |