

インフルエンザ予防接種 申請者連名簿【集団接種用】

- ※ 事業所で被保険者が集団(同一日)接種をした場合に使用してください。
- ※ 接種年月日で用紙を分けてください。

事業所番号 _____ 事業所名 _____
 担当者名 _____ 電話番号 _____

| 接種を受けた医療機関名 | | 接種年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------------|------------|-------|---|---|--------|
| 証番号 | 接種を受けた者の氏名 | 生年月日 | | | 支払った費用 |
| 1 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |
| 2 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |
| 3 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |
| 4 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |
| 5 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |
| 6 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |
| 7 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |
| 8 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |
| 9 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |
| 10 | | 昭・平 | 年 | 月 | 日 円 |

領収証 添付欄【原本のみ・写し不可】

- ・ のりで貼付してください。(セロハンテープ・ホチキス不可)
 - ・ この欄の二重枠線の内側に貼ってください。
 - 領収証は、【単価】・【人数】・【接種日】がわかるようにしてください。
- 記載がない場合は請求明細書等を添付してください。