

インフルエンザ予防接種 申請者連名簿【集団接種用】

※ 事業所において被保険者が集団(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
保険証番号	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。

● 領収証に、記載必須事項

【宛名:会社名のみ】・【インフルエンザ予防接種】・【単価】・【人数】・【接種日】

※記載がない場合は領収証と共に請求明細書等のわかる書類を添付してください。

※宛名が個人名の領収証は、リロクラブより申請してください。