（第26-2号様式）

**インフルエンザ予防接種費用助成明細書**

事業所名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 会 員 番 号 | 会 員 名 | 接種日 | 自己負担額 | 医療機関名 | 備　考 |
| 1 | ― |  | 月　 　日 |  |  |  |
| 2 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 3 | ― |  | 月 　　日 |  |  |  |
| 4 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 5 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 6 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 7 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 8 | ― |  | 月　 　日 |  |  |  |
| 9 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 10 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 11 | ― |  | 月 　　日 |  |  |  |
| 12 | ― |  | 月 　　日 |  |  |  |
| 13 | ― |  | 月 　　日 |  |  |  |
| 14 | ― |  | 月 　　日 |  |  |  |
| 15 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 16 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 17 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 18 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 19 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |
| 20 | ― |  | 月　　 日 |  |  |  |