

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			