インフルエンザワクチン接種　接種者名簿（事業所用）　〔補助金〕

事業所番号
（保険者証 記号）

事　業　所　名

※　太枠 健保使用欄

保険者証番号	本人家族	氏　　名	接種日年齢	性別	接種日	接種料	支給額	備　考
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			
	本・家				／			

※２回接種している方でも補助金の支給は年度内１回となりますので名簿には１回分を記入してください

◎この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務以外の利用はいたしません。