

## インフルエンザ予防接種助成金実施明細書

事業所番号		事業所名				
No.	会員番号	会員氏名	接種年月日	接種料金	助成金額	医療機関名
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						