

インフルエンザ予防接種者明細書

事業所名

	会員番号	会員氏名 (名)	接種費用(円)	補助金額 (円) ※共済SC記入
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
	小 計	名	円	円
	合 計	名	円	円