

<事業所一括申請用>

助成金決定額	¥	常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者
助成金算出内訳	助成単価×受診者数＝助成額 ×＝					

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

別紙のとおり、インフルエンザ予防接種者名簿・費用請求書(写)・費用領収書(写)を添付のうえ、インフルエンザ予防接種助成金の交付を申請します。

宮城県自動車販売健康保険組合 殿

インフルエンザ予防接種者名簿

記 号			事 業 所 名		
<予防接種実施日> 令和 年 月 日					
No.	番 号	氏 名	No.	番 号	氏 名
1			31		
2			32		
3			33		
4			34		
5			35		
6			36		
7			37		
8			38		
9			39		
10			40		
11			41		
12			42		
13			43		
14			44		
15			45		
16			46		
17			47		
18			48		
19			49		
20			50		
21			51		
22			52		
23			53		
24			54		
25			55		
26			56		
27			57		
28			58		
29			59		
30			60		

インフルエンザ予防接種者名簿

記 号			事 業 所 名		
<予防接種実施日> 令和 年 月 日					
No.	番 号	氏 名	No.	番 号	氏 名
61			91		
62			92		
63			93		
64			94		
65			95		
66			96		
67			97		
68			98		
69			99		
70			100		
71			101		
72			102		
73			103		
74			104		
75			105		
76			106		
77			107		
78			108		
79			109		
80			110		
81			111		
82			112		
83			113		
84			114		
85			115		
86			116		
87			117		
88			118		
89			119		
90			120		

インフルエンザ予防接種者名簿

記 号				事 業 所 名			
＜予防接種実施日＞ 令和 年 月 日							
No.	番 号	氏 名		No.	番 号	氏 名	
121				151			
122				152			
123				153			
124				154			
125				155			
126				156			
127				157			
128				158			
129				159			
130				160			
131				161			
132				162			
133				163			
134				164			
135				165			
136				166			
137				167			
138				168			
139				169			
140				170			
141				171			
142				172			
143				173			
144				174			
145				175			
146				176			
147				177			
148				178			
149				179			
150				180			
				計			

※この名簿は、インフルエンザ予防接種助成金交付申請書に添付して下さい。

インフルエンザ予防接種者名簿

記 号		事 業 所 名	
-----	--	---------	--

＜予防接種実施日＞ 令和 年 月 日

No.	番 号	氏 名	No.	番 号	氏 名
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		
			計		

※この名簿は、インフルエンザ予防接種助成金交付申請書に添付して下さい。