　　（インフルエンザ様式　４－１）

令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種補助金申請者一覧表

記号　　　　　 事業所名

接種補助券を紛失して添付

出来なかった方は、下記の

氏名に○を付けてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　内訳　　被保険者　　　　　　　　 人

合計人数　　　　　　　人　　　　　　 被扶養者　　　　　　　 人

例：　愛鉄　太郎

【 記入上の注意 】

＊ 補助金を申請される方について下記の表に番号、氏名等を

　ご記入ください。（被扶養者の方は、使用しなかったインフルエンザワクチン接種補助券も

　添付してください）

＊ 接種時点で被保険者、被扶養者資格のある方のみ記入してください。

＊ 申請期限は2020年3月末日までとなっておりますのでご注意願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏名 | 続柄  区分 | 接種  年月日 | 番号 | 氏名 | 続柄  区分 | 接種  年月日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |
|  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |  |  | 本人  家族 | 20 年 月　 日 |

補助金申請　：事業所→健保　R1.5

9