様式2

インフルエンザ予防接種補助金申請用連名簿 （記載例）

事 業 所 名	○○○○○○○○○○○

保険者証番号	氏　　名	実 施 医 療 機 関 名	接 種 年 月 日	費　用
○○－○○○	健保　太郎	○○○病院	99年99月99日	0,000円
○○－○○○	健保　花子（妻）	○○○病院	99年99月99日	0,000円