

極秘

(様式 2)

## インフルエンザ予防接種実施証明書

### 《 1. 事業所で接種を行った場合》

別添のとおり、被保険者\_\_\_\_\_名、被扶養者\_\_\_\_\_名に対し、インフルエンザ予防接種を行ったこと、また接種費用として被保険者 1 名につき\_\_\_\_\_円、被扶養者 1 名につき\_\_\_\_\_円領収したことを証明します。

### 《 2. 事業所以外で接種を行った場合》

別添のとおり、被保険者\_\_\_\_\_名、被扶養者\_\_\_\_\_名に対し、インフルエンザ予防接種を行ったこと、また被保険者・被扶養者が接種費用として名簿の金額\_\_\_\_\_円の支払いをしたことを証明します。

年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主名 \_\_\_\_\_