

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_____