

極秘

(様式2)

**麻疹・風疹混合（MR）ワクチン等接種実施証明書**

**《1. 事業所で接種を行った場合》**

別添のとおり、被保険者\_\_\_\_\_名に対し、麻疹・風疹混合（MR）ワクチン等接種を行ったこと、また被保険者より接種費用として被保険者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\_\_\_\_\_名に対し、麻疹・風疹混合（MR）ワクチン等接種を行ったこと、また被保険者が接種費用として名簿の金額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 \_\_\_\_\_