

インフルエンザ予防接種補助申請書の続き用紙

	被保険者証番号	氏 名	接 種 日	予 防 接 種 費 用	
予 防 接 種 を 受 け た 被 保 険 者			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
			平成 年 月 日	円	
	予防接種費用合計				円