

連名簿

④ 保険証番号は「38」に続く8桁の数字をご記入ください。また、種別・接種項目は該当箇所に入力してください。

No.	保険証番号(8桁)	申請者氏名	種別	接種日及び接種項目	窓口負担額(円)	補助額(円)
1			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
2			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
3			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
4			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
5			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
6			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
7			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
8			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
9			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
10			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
11			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
12			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
13			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
14			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		
15			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他		

- 申請を受理してから補助金の振込が完了するまでに1~2週間程度の時間を要します。予めご了承ください。
- 申請の際は、必ず予防接種を受けた方の氏名・接種日・接種項目が記載された領収証本紙を添付してください。

組合 使用 欄	補助支給合計額	担当者
	円	