

インフルエンザ予防接種者明細書

富田林市勤労者共済会 宛

p.

年 月 日

事業所番号				
-------	--	--	--	--

事業所名 _____

個人番号	会員氏名	負担額	※共済会記入
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			

- ※「インフルエンザ予防接種補助申請書」と共にご提出ください。
- ※事業主負担の場合で、受診者が多数の時に使用してください。
- ※コピーしてお使いください。