

インフルエンザ予防接種領収証明書 (事業所記録媒体)

様式③

事業所 情報	被保険者等 記号	
	名称	

接種費用		円
------	--	---

接種人数		人
------	--	---

単価		円
----	--	---

接種期間	～
------	---

上記のとおり、インフルエンザ予防接種費用を領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療 機関 情報	所在地	〒 -
	医療機関名	
	代表者	Ⓔ
	電話番号	- -
	証明担当者	