

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	