インフルエンザ予防接種 補助金申請者一覧表

※被保険者整理番号順に記載をお願いします。

事業所記号 頁番号

No.	番号	氏 名	続 柄	No.	番 号	氏	 名	続柄
1	田 与	Д 4	本・家	26	HT ク 	14	———	本・家
2			本・家	27				本・家
3			本・家	28				本・家
4			本・家	29				本・家
5			本・家	30				本・家
6			本・家	31				本・家
7			本・家	32				本・家
8			本・家	33				本・家
9			本・家	34				本・家
10			本・家	35				本・家
11			本・家	36				本・家
12			本・家	37				本・家
13			本・家	38				本・家
14			本・家	39				本・家
15			本・家	40				本・家
16			本・家	41				本・家
17			本・家	42				本・家
18			本・家	43				本・家
19			本・家	44				本・家
20			本・家	45				本・家
21			本・家	46				本・家
22			本・家	47				本・家
23			本・家	48				本・家
24			本・家	49				本・家
25			本・家	50				本・家
実	施人数	被保険者名	被扶養者		 名	合言	 †	名
(禄三	忧1-2の人数)		[(中字生以下))			-	

[※]補助の対象は被保険者及び中学生以下の被扶養者となります。
※記入に際しましては、被保険者等記号・番号をご確認のうえ、間違えのないようお願いいたします。