

事業所記号	1	2	3
事業所名	○ ○ ○ 株式会社		

※印欄は記入しないでください。

保険証番号	接種者氏名	接種者続柄 該当に○をしてください			接種年月日	ワクチン接種費用	※補助額
		本人	家族 (1回目)	家族 (2回目)			
45	健保 太郎	○			10月 1日	3,000 円	円
45	健保 花子		○		10月 1日	3,000 円	円
45	健保 一郎		○		10月 1日	3,000 円	円
45	健保 一郎			○	10月 15日	2,000 円	円
67	大阪 一郎	○			10月 22日	4,000 円	円
67	大阪 花子		○		10月 22日	4,000 円	円
89	機械 次郎	○			10月 29日	5,000 円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
※補助金支給額合計					名		円

◎補助金限度額は1,500円です。接種に要した額が1,500円未満は支払った額を補助します。