（保健事業様式第6号の2）

令和4年度　インフルエンザ予防接種一括助成対象者名簿

番　号	組合員氏名	助成金請求額	番　号	組合員氏名	助成金請求額
111	共済　太郎	1,000			
112	共済　一郎	1,000			
113	共済　二郎	1,000			
114	共済　三郎	1,000			
115	共済　四郎	1,000			
116	共済　五郎	1,000			
117	共済　松子	1,000			
118	共済　竹子	1,000			
119	共済　梅子	1,000			
120	共済　花子	1,000			

※ 対象者名簿は、番号順に記載してください。

上記の者に対し、一括してインフルエンザ予防接種を実施したことを証明します。

令和 4 年　12　月　1　日

所　属　所　名　　○○市

所　属　所　長　　市長　○△　□☆　　長○之○印 市 印