（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

※ 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。

年　　月　　日

所 属 所 名

所 属 所 長　　印