

扶養家族インフルエンザワクチン予防接種助成金申請書

宮崎医療生活協同組合
共済会 御中

年 月 日

所属部署 _____

職員氏名 _____

対象者名 _____

対象扶養家族がインフルエンザワクチンを接種したので助成金を申請致します。

領収書添付箇所

保険証(写)添付箇所

支部長 印	担当者 印