

带状疱疹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

会員本人が带状疱疹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

①シングリックスに1回2,000円×2回の補助を行う。23,000円（税込み）

②ビケンに1回2,000円の補助を行う。7,337円（税込み）

*50歳以上の共済会会員のみ。料金はいずれも組合員価格

支部長印	担当者印