

インフルエンザ予防接種助成金請求書

助成金請求額									円
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

接種会員数 名×1,000円＝ 円

インフルエンザ予防接種について、領収書(写)を添えて上記のとおり請求します。

医療機関名						
会員番号	会員氏名	接種日		会員番号	会員氏名	接種日
		月 日				月 日
		月 日				月 日
		月 日				月 日
		月 日				月 日
		月 日				月 日
		月 日				月 日
		月 日				月 日
		月 日				月 日
		月 日				月 日
		月 日				月 日

年 月 日

所 在 地

事 業 所 名

契 約 代 表 者

一般財団法人苫小牧市勤労者共済センター 様