

(様式)

## 商工貯蓄共済インフルエンザワクチン接種等費用助成申請書

平成 年 月 日

商工会長 殿

(加入者)

住所

氏名



今般、インフルエンザ接種等受診費用の助成を受けたいので、領収書（写し）を添えて下記のとおり申請します。

### 記

受診者氏名	受診者	加入者本人・被保険者																							
申請種類	インフルエンザワクチン接種 ・ 子宮頸がん検診 ・ 前立腺がん検診																								
受診年月日	平成 年 月 日																								
受診機関名																									
受診費用	円																								
<b>【商工貯蓄共済加入明細】</b>																									
<table border="1"><thead><tr><th>加入番号</th><th>加入口数</th><th>加入番号</th><th>加入口数</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td style="text-align: center;">口</td><td></td><td style="text-align: center;">口</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td style="text-align: center;">加入口数計</td><td></td></tr></tbody></table>						加入番号	加入口数	加入番号	加入口数		口		口											加入口数計	
加入番号	加入口数	加入番号	加入口数																						
	口		口																						
		加入口数計																							
<table border="1"><tr><td>※連合会使用欄</td></tr><tr><td>受付 No.</td></tr><tr><td></td></tr></table>						※連合会使用欄	受付 No.																		
※連合会使用欄																									
受付 No.																									

上記の者からインフルエンザ接種等費用の助成の申請がありましたので提出します。

平成 年 月 日

商工会名

会長名



岩手県商工会連合会長 殿