

※受付年月日

岩見沢市勤労者共済会助成金請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

請求金額		¥	〇	〇	〇	〇	円
会員番号	001-0000			会員氏名	共済 勤		
インフル エンザ 予防接種	氏名	接種施設		接種料	接種年月日		
	共済 勤	〇〇病院		〇〇〇〇円	令和〇年〇月〇日		

振込先	空知信用金庫 銀行	本店 支店	口座名義	株式会社共済 代表取締役 共済太郎					
口座番号	0	0	0	0	0	0	0	預金種別	① 普通 2 当座

上記のとおり、助成金を請求します。
また、助成金は上記口座に振込を依頼します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

所在地
事業所名
共済契約代表者

※振込先は事業所名義の
口座を記入してください。

※事業所印を
捺印してください。

岩見沢市場が丘〇丁目〇-〇
株式会社 共済
共済 太郎



委任状

私は、契約代表者に上記助成金の請求及び受領に関する

令和〇〇年〇〇月〇〇日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

※会員の氏名を記入、捺印(シャチハタ等の
スタンプ印は受付できません)をしてください。

会員氏名

共済 勤

