

丸紅連合健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種領収書の返却依頼書

セルフメディケーション税制の申告に使用するため、インフルエンザ予防接種領収書の返却を希望します。

令和 年 月 日

記 号・番 号 ー

氏 名 印