

別紙様式

被扶養配偶者人間ドック助成金請求書

所属名						組合員氏名					
所属コード						組合員証番号					
被扶養配偶者		氏名									
		生年月日		年		月		日		(満 歳)	
1	受診機関名										
2	受診年月日		令和		年		月		日		
3	受診コース名										
4	支払内訳	A	受診料金 (オプション検査料を除く)					円			
		B	助成等の状況	①	公立学校共済組合			円			
				②	市町村等			円			
				③	その他			円			
							請求額	円			
							※	給付決定額	円		
領収証等貼付欄											
		<p>○ (他機関の助成を受けた場合、助成の事実を証明できるもの(受診券の写し等)も添付してください。)</p> <p>○助成の対象はオプション検査料を除く受診料が30,000円を超える人間ドックです。</p>									
		<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>請求者 (組合員)</p> <p>氏名</p>									

※欄は記入しないでください。