

## 被扶養配偶者人間ドック助成金請求書

所属名	広島小学校					組合員氏名	互助 太郎						
所属コード	1	2	3	4	5	組合員証番号	6	5	4	3	2	1	
被扶養配偶者	氏名		互助 花子										
	生年月日		S 56 年 5 月 1 日 (満 40 歳)										
1	受診機関名		〇〇〇〇病院										
2	受診年月日		令和3年9月10日										
3	受診コース名		日帰りドック										
4	支払内訳	A	受診料金 (オプション検査料を除く)					42,000 円					
		B	①	公立学校共済組合					11,000 円				
			②	市町村等					0 円				
			③	その他					0 円				
							請求額	30,000 円					
							※	給付決定額					
領収証等貼付欄													
領収証													
受診券の写し (受診時に使用した場合のみ)													
上記のとおり請求します。													
一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長様													
令和 3 年 10 月 1 日													
住所 広島県広島市中区互助町													
1丁目2番3号													
請求者 (組合員) 氏名 互助 太郎													

※欄は記入しないでください。