

別紙様式

※公立学校共済組合員の方は、この様式を互助組合に提出する必要はありません。

シニア普通ドック助成金請求書

所 属 名	組 合 員 氏 名	生 年 月 日
	互 助 組 合 員 番 号	
		年 月 日(満 才)

請求額： _____ 円

受診機関及び受診年月日

受 診 機 関： _____

受診年月日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

領収書等貼付欄

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所
請求者(組合員)
氏名

