

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。