

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						組合員等番号					
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											
○（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。） ○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。											
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											

※欄は記入しないでください。