

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	
〇〇〇〇〇	互 助 太 郎	昭和〇〇年 7 月 1 日 (満 50 才)
	Z 4 5 3 2 1	

請求額： 32,000 円

受診機関及び受診年月日 受 診 機 関： 〇〇〇〇病院

受診年月日： 令和 〇年 9 月 10 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 〇年 10 月 1 日

住所 広島市中区互助町 1 丁目 2 - 3

請 求 者 (組 合 員)

氏 名 互 助 太 郎