

給付種別	区分
①	
0	3 2

療養補助金請求書 (互助準会員の扶養家族)

③	年	月	分
---	---	---	---

④ 会 員 番 号	療 養 者											会 員 氏 名		
	⑩ 性別	⑪ 生 年 月 日			⑬ 療 養 費 総 点 数				⑭ 入 通 院		療 養 者 氏 名			
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日							1 入院 2 通院		
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日							1 入院 2 通院		
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日							1 入院 2 通院		
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日							1 入院 2 通院		
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日							1 入院 2 通院		
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日							1 入院 2 通院		
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日							1 入院 2 通院		
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日							1 入院 2 通院		
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日							1 入院 2 通院		

<p>上記記載事項は事実と相違ないものと認める。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職・氏名 職印</p>	<p style="text-align: center;">所属所受付印</p>
--	---

<p>上記のとおり請求します。</p> <p>(財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿</p> <p>平成 年 月 日 電話番号</p> <p>〒□□□□-□□□□ () -</p> <p>所 在 地</p> <p>所 属 所 名</p> <p>所属所長職氏名又は本人 職印</p>	<p style="text-align: center;">互助組合受付印</p>
---	--

1 「療養費総点数」欄は公費負担分が含まれている場合は控除したものとす。

2 「事実証明」は共済組合の責任者、又は健保組合、市町村共済組合から療養費を受領する担当課の責任者とする。

3 請求者は所属所長が会員にかわって代理請求してもよい。

4 「性別」、生年月日の「年号」、「入通院」欄は該当の数字を○でかこむ。

給付種別	区分
① 0 3 2	

療養補助金請求書 (互助準会員の扶養家族)

③	年	月	分
○	○	0 8	

④ 会 員 番 号	療 養 者										会 員 氏 名			
	⑩ 性別	⑪ 生 年 月 日			⑬ 療 養 費 総 点 数				⑭ 入 通 院		療 養 者 氏 名			
Y 7 ○ ○ ○ ○	① 男 ② 女	2 大正 ③ 昭和 4 平成	○	○	○	○	○	○	1	2	3	4	1 入院 ② 通院	岡山 太郎 岡山 桃子
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日								1 入院 2 通院	
		医療保険者で記入 (市町村職員共済組合、文部科学省共済組合 等)										1 入院 2 通院		
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日								1 入院 2 通院	
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日								1 入院 2 通院	
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日								1 入院 2 通院	
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日								1 入院 2 通院	
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日								1 入院 2 通院	

<p>上記記載事項は事実と相違ないものと認める。</p> <p style="text-align: center;">平成 ○ 年 9 月 3 日</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> 派遣先の所属所長の 代理請求でもよい </div> <p style="text-align: center;">職・氏名 教育長 ○ ○ ○ ○</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>	<p style="text-align: center;">所属所受付印</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 20px auto;"> 所属所 受付印 </div>
---	---

<p>上記のとおり請求します。</p> <p>(財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿</p> <p>平成 ○ 年 9 月 3 日 電話番号</p> <p>〒○○○-○○○ (○○○) ○○○○ - ○○○○</p> <p>所 在 地 ○○市□□</p> <p>所 属 所 名 ○○市教育委員会</p> <p>所属所長職氏名又は本人 教育長 ○ ○ ○ ○</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>	<p style="text-align: center;">互助組合受付印</p>
---	--

- 1 「療養費総点数」欄は公費負担分が含まれている場合は控除したものとす。
- 2 「事実証明」は共済組合の責任者、又は健保組合、市町村共済組合から療養費を受領する担当課の責任者とする。
- 3 請求者は所属所長が会員にかわって代理請求してもよい。
- 4 「性別」、「生年月日の「年号」、「入通院」欄は該当の数字を○でかこむ。