

給付種別	区分
①	
3	01

療養補助金 (外来時一部負担金) 請求書 (互助準会員)
入院時一部負担金 (扶養家族)

年	月	分

給付名	会員番号	給付区分	⑭ 診療年月(日)				扶 養 家 族				一部負担金額	老人医療対象者 該当会員又は被扶家族氏名	
			⑩ 年号	年	月	日	性別 ⑮	⑯	生 年 月 日	⑰			
外来時一部負担金		0007	4			01	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和					
			4			01	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和					
			4			01	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和					
			4			01	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和					
			4			01	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和					
入院時一部負担金		0008	4			01	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和					
			4			01	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和					
			4			01	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和					
			4			01	1 男 2 女	1 明治 2 大正 3 昭和					

<p>上記記載事項は事実と相違ないものと認める。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>職・氏名 職印</p>	<p>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>互助組合受付印</p>
---	----------------

- 「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。
- 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。
- 「性別」、生年月日の「年号」欄は該当の数字を○でかこむ。