

給付種別	区分
① 0 3 4	

療養補助金(家族訪問看護)請求書 (互助準会員の扶養家族)

②	年	月	分
---	---	---	---


④ 会員番号	指定訪問看護療養者										会員氏名
	⑩ 性別		⑪ 生年月日				⑬ 指定訪問看護の費用の額				療養者氏名
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日					円	
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日						
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日						
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日						
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日						
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日						
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日						
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日						
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日						
上記記載事項は事実と相違ないものと認める。											所属所受付印
平成 年 月 日											
職・氏名											職印
上記のとおり請求します。											互助組合受付印
(財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿											
平成 年 月 日 電話番号											
〒 [] - [] () -											
所在地											
所属所名											
所属所長職氏名又は本人											職印

- 「指定訪問看護の費用の額」欄は公費負担分が含まれている場合は控除した金額とする。
- 「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。

給付種別	区分
① 0 3 4	

療養補助金(家族訪問看護)請求書 (互助準会員の扶養家族)

②	年	月	分
○	○	○	○

④ 会員番号	指定訪問看護療養者							会員氏名
	⑩ 性別	⑪ 生年月日	⑬ 指定訪問看護の費用の額				療養者氏名	
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日		円	
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日			
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日			
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	医療保険者で記入					
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日			
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日			
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日			
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日			
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日			
	1 男 2 女	2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日			
上記記載事項は事実と相違ないものと認める。							所属所受付印	
平成 年 月 日								
職・氏名							職印	
上記のとおり請求します。							互助組合受付印	
(財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿 平成 ○年 9月 3日 電話番号 〒○○○-○○○○ (○○○)○○○-○○○ 所在地 ○○市□□ 所属所名 ○○市教育委員会 所属所長職氏名又は本人 教育長 ○○ ○○							派遣先の所属を記入 	

- 「指定訪問看護の費用の額」欄は公費負担分が含まれている場合は控除した金額とする。
- 「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。