

給付種別	区分
034	

療養補助金(家族訪問看護)請求書 (互助準会員の扶養家族)

年	月	分

会 員 番 号	附加給付に係る所得者区分	指 定 訪 問 看 護 療 養 者										会 員 氏 名			
		性別	生 年 月 日				指 定 訪 問 看 護 の 費 用 の 額			療 養 者 氏 名					
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日									
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日									
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日									
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日									
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日									
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日									
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日									
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日									
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	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		
<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職・氏名 職印</p>															
上記のとおり請求します。													互 助 組 合 受 付 印		
<p>(一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日 電話番号</p> <p>〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> () -</p> <p>所 在 地</p> <p>所 属 所 名</p> <p>所属所長職氏名又は本人</p>															

- 1 「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。
- 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」欄は該当の数字を○でかこむ。

給付種別	区分
034	

療養補助金(家族訪問看護)請求書

(互助準会員の扶養家族)

年	月	分
○	○	○

会員番号	附加給付に係る所得者区分	指定訪問看護療養者						会員氏名	
		性別	生年月日			指定訪問看護の費用の額			療養者氏名
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	医療保険者で記入						
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日			
<p>上記記載事項は事実と相違ないものと認める。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職・氏名 職印</p>									<p>所属所受付印</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>所属所受付印</p> </div>
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>(一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿</p> <p>令和 ○ 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>									<p>互助組合受付印</p> <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 10px; width: 150px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>派遣先の所属を記入</p> </div>

- 1 「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。
- 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」欄は該当の数字を○でかこむ。