

給付種別	区分
032	

療養補助金請求書 (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	療 養 者						入通院	会 員 氏 名
		性別	生 年 月 日			療 養 費 総 点 数	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 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	

上記記載事項は事実と相違ないものと認める。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 職・氏名 職印 </div>	所属所受付印
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

上記のとおり請求します。 (一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和 年 月 日 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (電話番号) - 所 在 地 所 属 所 名 所属所長職氏名又は本人	互助組合受付印
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

- 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 「附加給付に係る所得者区分」、「性別」、生年月日の「年号」及び「入通院」欄は該当の数字を○で囲む。
- 5 「附加給付に係る所得者区分」については、加入している共済組合に確認し記入すること。

領収書を添付し、本人が請求する場合

給付種別	区分
032	

療養補助金請求書 (互助準会員の扶養家族)

年	月	分
000	8	

会員番号	附加給付に係る所得者区分	療 養 者							会員氏名		
		性別	生 年 月 日			療 養 費 総 点 数	入 通 院	療 養 者 氏 名			
Y000000	①一般 2上位	①男 ②女	3昭和 ④平成 5令和	年	月	日	1234	①入院 ②通院	岡山 太郎	岡山 桃子	
	般 位	1男 2女	3昭和 4平成 5令和	年	月	日		1入院 2通院			
所得者区分については、 市町村職員共済組合に確認し記入する。									1入院 2通院		
									1入院 2通院		
	1一般 2上位	1男 2女	3昭和 4平成 5令和	年	月	日		1入院 2通院			
	1一般 2上位	1男 2女	3昭和 4平成 5令和	年	月	日		1入院 2通院			
	1一般 2上位	1男 2女	3昭和 4平成 5令和	年	月	日		1入院 2通院			
	1一般 2上位	1男 2女	3昭和 4平成 5令和	年	月	日		1入院 2通院			
	1一般 2上位	1男 2女	3昭和 4平成 5令和	年	月	日		1入院 2通院			
	1一般 2上位	1男 2女	3昭和 4平成 5令和	年	月	日		1入院 2通院			

上記記載事項は事実と相違ないものと認める。

令和〇〇年 9月 3日

職・氏名 教育長 〇〇 〇〇〇

〇〇市教育委員会 職印

所属所受付印

上記のとおり請求します。

(一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿

令和〇〇年 9月 3日

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇

所在地 〇〇市□□

所属所名 〇〇市教育委員会

所属所長職氏名又は本人 岡山 太郎

互助組合受付印

- 「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。
- 「附加給付に係る所得者区分」、「性別」、生年月日の「年号」及び「入通院」欄は該当の数字を○で囲む。
- 「附加給付に係る所得者区分」については、加入している共済組合に確認し記入すること。

証明願により市町村職員共済組合に証明してもらい、本人が請求する場合

給付種別	区分
032	

療養補助金請求書 (互助準会員の扶養家族)

年	月	分
記入不要		

会員番号	附加給付に係る所得者区分	療 養 者							会員氏名
		性別	生年月日			療養費総点	入通院	療養者氏名	
Y000000	1 一般	1 男	3 昭和 4 平成	年	月	日	点	1 入院	
	2	記 入 不 要							
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日		1 入院 2 通院	

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
令和 年 月 日	不 要
職・氏名	
記 入 不 要	職印

上記のとおり請求します。	互助組合受付印
(一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿	
令和〇〇年 9月 3日	
〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
所在地 〇〇市□□	
所属所名 〇〇市教育委員会	
所属所長職氏名又は本人 岡山 太郎	

- 「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。
- 「附加給付に係る所得者区分」、「性別」、生年月日の「年号」及び「入通院」欄は該当の数字を○で囲む。
- 「附加給付に係る所得者区分」については、加入している共済組合に確認し記入すること。

市町村教育委員会が証明願を取りまとめて請求する場合

給付種別	区分
032	

療養補助金請求書(互助準会員の扶養家族)

年	月	分
記入不要		

会員番号	附加給付に係る所得者区分	療 養 者							療養費総点数	入通院	会員氏名
		性別	生年月日								療養者氏名
	1 一般	1 男	3 昭和 4 平成	年	月	日			1 入院		
記 入 不 要											
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和						1 入院 2 通院		
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和						1 入院 2 通院		
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和						1 入院 2 通院		
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和						1 入院 2 通院		
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和						1 入院 2 通院		
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和						1 入院 2 通院		
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和						1 入院 2 通院		
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和						1 入院 2 通院		

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
令和 年 月 日	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; display: inline-block;">記 入 不 要</div>	
職・氏名	職印

上記のとおり請求します。	互助組合受付印
(一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和〇〇年 9月 3日 〒 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 所 在 地 〇〇市□□ 所 属 所 名 〇〇市教育委員会 所属所長職氏名又は本人 教育長 〇〇 〇〇〇	

- 「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。
- 「附加給付に係る所得者区分」、「性別」、生年月日の「年号」及び「入通院」欄は該当の数字を○で囲む。
- 「附加給付に係る所得者区分」については、加入している共済組合に確認し記入すること。