

| | |
|------|----|
| 給付種別 | 区分 |
| 0 | 33 |

療養補助金(訪問看護)請求書 (互助準会員)

| | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 分 |
| | | |

| 会 員 番 号 | 附加給付に係る所得者区分 | 性別 | 生 年 月 日 | 指定訪問看護の費用の額 | 該 当 会 員 氏 名 |
|---|--------------|------------|----------------------|-------------|----------------|
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | 円 | |
| <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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">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>(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>〒□□□-□□□□ () -</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> | | | | | <p>互助組合受付印</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。

| | |
|------|----|
| 給付種別 | 区分 |
| 0 | 33 |

療養補助金(訪問看護)請求書 (互助準会員)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ○ | 年 | ○ | 月 | ○ | 分 |
|---|---|---|---|---|---|

| 会 員 番 号 | 附加給付に係る所得者区分 | 性別 | 生 年 月 日 | 指定訪問看護の費用の額 | 該 当 会 員 氏 名 |
|----------------------------|--------------|------------|----------------------|-------------|---|
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 | | |
| | 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 | 4 平成 5 令和 | | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | | |
| | 1 一般 2 上位 | 1 男 2 女 | 3 昭和 4 平成 5 令和 | | |
| 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: 2px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 所 属 所 受 付 印 </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 | | | | | <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">派遣先の所属を記入</div> |
| 令和 ○ 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 ○○ ○○ | | | | | |

- 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。