別紙様式（互助準会員の扶養家族）

証　明　願

令和　　年　　月　　日

岡山県市町村職員共済組合理事長　　殿

所　属　所　名
組合員証記号番号
住　　所
氏　　名

私の扶養家族の医療情報（　　年　　月から　　年　　月までの診療分の、療養費総点数及び入院又は通院の種別等）が岡山県教育職員互助組合療養補助金の請求に必要なため、次により証明願います。

附加給付に係る所得者区分の別 1:一般 2:上位	受診者氏名	受診者性別 1:男 2:女	受診者生年月日	受診年月	入通院の別 1:入院 2:通院	療養費総点数	自己負担額（公費併用の場合）

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

証明者　岡山市北区駅前町2丁目3番31号
岡山県市町村職員共済組合理事長　職印

別紙様式（互助準会員の扶養家族）

証　明　願

記入した日

令和〇〇年　〇月　〇日

岡山県市町村職員共済組合理事長　　殿

請求年月を記入

所　属　所　名　　*〇〇市教育委員会*
組合員証記号番号　　*△△△△△*
住　　所　　*〇〇市〇〇町1−2*
氏　　名　　*岡山　太郎*

私の扶養家族の医療情報（**令和　元年　６月から平成　元年　８月**までの　　の　療養費総点数及び入院又は通院の種別等）が岡山県教育職員互助組合療
次により証明願います。

組合員証で記号番号を確認
準会員本人の氏名を記入

附加給付に係る所得者区分の別 1:一般 2:上位	受診者氏名	受診者性別 1:男 2:女	受診者生年月日	受診年月	入通院の別 1:入院 2:通院	療養費総点数	自己負担額（公費併用の場合）

市町村職員共済組合　記入欄

※複数人の扶養家族がいる場合でも、１枚のみの提出でよい

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

証明者

岡山市北区駅前町2丁目3番31号

岡山県市町村職員共済組合理事長　職印