

給付種別	区分
031	

療養補助金請求書 (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	療 養 費 総 点 数	入 通 院	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 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	
	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	
<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>						所属所受付印
<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>						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の別」及び「入院通院の別」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
031	

療養補助金請求書 (互助準会員)

年	月	分
000	8	

会員番号	附加給付に係る所得者区分	性別	生年月日	療養費総点数	入院通院	該当会員氏名
Y000000	①一般 ②上位	①男 ②女	③昭和 ④平成 ⑤令和	00000000	1 入院 2 通院	岡山 太郎
	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	
<p>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。</p>						
<p>上記記載事項は事実と相違ないものと認める。</p> <p>令和〇〇年 9月 3日</p> <p>職・氏名 教育長 ○○ ○○○</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>令和〇〇年 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 岡山 太郎</p>						<p>互助組合受付印</p>

- 「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の別」及び「入院通院の別」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
031	

療養補助金請求書 (互助準会員)

年	月	日
記入不要		

会員番号	附加給付に係る所得者区分	性別	生年月日	療養費総点数	入院通院	該当会員氏名
Y O O O O O	1 一般 2 ↓	1 男	3 昭和 年 月 日	点	1 入院	
	1 一般 2 ↓		記入不要			1 入院
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	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	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	
<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 style="text-align: center;">記入不要</p> <p>職・氏名</p>						<p>所属所受付印</p> <p style="text-align: center;">不要</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>令和〇〇年 9月 3日</p> <p>電話番号</p> <p>〒〇〇〇-〇〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇</p> <p>所在地 〇〇市□□</p> <p>所属所名 〇〇市教育委員会</p> <p>所属所長職氏名又は本人 岡山 太郎</p>						<p>互助組合受付印</p>

- 「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の別」及び「入院通院の別」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
0	3
1	

療養補助金請求書 (互助準会員)

年	月	日
記入不要		

会員番号	附加給付に係る所得者区分	性別	生年月日	療養費総点数	入院通院	該当会員氏名
	1 一般 2 上位	1 男 2 女	3 昭和 4 平成	年 月 日	1 入院 2 通院	
記入不要						
	2 上位	2 女	5 令和	年 月 日	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	

<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</p>	<p>所属所受付印</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="margin: 0;">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>令和〇〇年 9月 3日</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>〒〇〇〇-〇〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇</p> <p>所在地 〇〇市□□</p> <p>所属所名 〇〇市教育委員会</p> <p>所属所長職氏名又は本人 教育長 〇〇 〇〇〇</p>	<p>互助組合受付印</p>
---	----------------

- 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の別」及び「入院通院の別」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。