

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 名
氏 名

私の医療情報（ 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

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

