

所 属 名	
所 属 コード	
フリガナ	
氏 名	
職 員 番 号	

互助会受付

(給規様式第5号)

※	事務局長	事務局次長	課長	係
※				

一金 円也

※ 査定の結果上記のとおり支給金額を決定します。

年 月 日

会員はり、きゅう、マッサージ施術料補助金請求書

施 術 料 明 細 書 兼 領 収 書

療養者氏名

年 月 日

様

一金 円也

(施術料明細書)

年・月	施 術 日	2,000円 以上回数	金 額	年・月	施 術 日	2,000円 以上回数	金 額
年1月分				7月分			
2月分				8月分			
3月分				9月分			
4月分				10月分			
5月分				11月分			
6月分				12月分			
				合	計		

上記施術料明細書のとおり領収しました。

住 所
治療院名
代表者名
治療院コード

印

上記のとおり証明書を添えて請求します。

年 月 日

所 属 名

職 氏 名

一般財団法人 大分県教職員互助会会長 殿

- ※印欄は記入しないこと。
- 補助対象は会員のみとする。
当会指定の治療院以外の施術料は給付の対象外、また治療院の領収(印)のない場合は給付できない。
- 本人の押印及び所属長証明は不要とする。

送金先… 公立学校共済組合に届け出ている口座に振込みます。(公立学校共済組合員以外の会員は互助会に届出ている口座に振込みます。)