

(給規様式第3号)

所 属 名	
所 属 コ ー ド	
フ リ ガ ナ	
氏 名	
職 員 番 号	

互助会受付

※	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 ・ 扶 養 家 族 療 養 補 助 金 請 求 書

一金 円也

受診者名		会員との続柄	会員本人・被扶養者 ()
------	--	--------	---------------

病院名 ・ 薬局名					
-----------------	--	--	--	--	--

診療月	年 月 〜 年 月	年 月 〜 年 月	年 月 〜 年 月	年 月 〜 年 月	年 月 〜 年 月
-----	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

上記のとおり別紙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。
- 証明書(領収書)を添付すること。
- 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。)