

療養補助金請求書

請求金額	円	決定額	※	円
所属所名			所属所コード	
会員氏名			会員番号	
診 療 費 証 明 書				
受診者名				
生年月日	年	月	日	
病名	(美容目的のものは除く)			
受診期間	年	月	日	～ 年 月 日
診療費	総診療費			円
	うち保険外の診療費			円
上記のとおり証明する。				
年 月 日				
医療機関名				
住 所				
電 話 番 号				
医 師 氏 名				
印				
上記のとおり請求します。				
秋田県教育関係職員互助会理事長 様				
年 月 日				
住 所				
請求者 フリガナ				
氏 名				
印				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				
年 月 日				
〒 (電話番号)				
所属所所在地				
所 属 所 名				
所属所長職氏名				
職印				

- 1 太枠内は医師から記入してもらってください。
- 2 ※印欄は記入しないでください。
- 3 請求に基づく給付金は、登録済の個人口座へ振り込まれます。