様式第２号

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　㊞

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

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。