

人間ドック利用補助金請求書

整理
No. _____

ID		委託者番号					支部番号			会 員 番 号									取 扱 日				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
8	2	2	8	5	0	0	0	0	2	0	1	5	0	7	8	9							

元 号			生 年 月 日				種 類		決 定 額													
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42						
1	明	治																				
2	大	正	年	月	日		1	2														
3	昭	和																				
			1	7	0	7	2	3														

※太枠内を記入のこと（会員番号は右詰、元号は数字に○をつける）

フリガナ	ヤマ モト サブ ロウ		(男)	利用	自 29年 7月 7日	2日間
会員氏名	山本三郎		女	期間	至 29年 7月 8日	
請求金額	¥10000					

上記のとおり人間ドック利用補助金を請求します。

平成 29年 7 月 28 日

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

(〒000-0000) (電話000-000-0000)

請求者住 所 千葉市中央区市新宿100

(会員) 氏 名 山本三郎



医療機関の証明	検査を受けた者の氏名	受診日29年7月7-8日	総合検査料
	山本三郎	検査名	50,000 円
		人間ドック	消費税額 4,000 円
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;">平成 29年 7 月 8 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関の 名称千葉クリニック </p>			

● 又は領収書

- 注) 1 上記の証明か又は、領収書を必ず添付してください。
2 この様式はコピー可です。

人間ドックを受診した内容が確認できる領収書が発行されている場合は、医療機関の証明は必要ありません。