

(退職互助)

# 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	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
8	2	2	8	5	0	0	0	0																

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					1	2								
2	大	正														
3	昭	和														

※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		男・女	利用	自	年	月	日	日間
会員氏名			期間	至	年	月	日	
請求金額								

上記のとおり人間ドック利用補助金を請求します。

平成 年 月 日

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

(〒 - ) (電話 - - )

請求者住所

(会員) 氏名 ㊞

医療機関の証明	検査を受けた者の氏名	受診日 年 月 日	総合検査料
		検査名	円
			消費税額 円
	上記のとおり証明します。		
	平成 年 月 日		
	所在地		
	医療機関の 名称 ㊞		

- 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。