

療養費補助金請求書

決定額	※ 円
-----	-----

会 員 番 号		所 属 所 番 号	
会 員 氏 名		所 属 所 名	
療 養 者 氏 名		性 別 ・ 続 柄	性 別 (男 ・ 女) 続 柄 ()
本 請 求 の 受 診 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日	療 養 に 要 し た 費 用	円
本 傷 病 の 請 求 回 数	回	請 求 金 額	円
備 考			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長 様</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 (-)</p> <p style="text-align: center;">請求者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">フリ ガナ 氏 名</p>			

- 注 1 医療費の領収書を添えてください。
 2 ※印欄は、記入しないでください。