

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			

上記のとおり請求します。

年 月 日

一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長 様

請求者 郵便番号（ - ）
住 所
フリガナ 氏名

- 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。