

療養費補助金支給証明書発行請求書

年 月 日 提出

一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長 様

請求者	氏名	
	電話番号	

一般財団法人愛媛県教職員互助会給付及貸付規程第 10 条の規定に基づき支給された療養費補助金の支給証明書発行を下記のとおり請求します。

所属所名	
会員番号 (共済組合員証番号)	
会員氏名	(フリガナ)
送付先住所	〒
証明の必要な期間	年 月 ~ 年 月 受診分

※ 療養費補助金の支給日は、医療機関受診月からおおむね 3 か月目の 10 日です。
証明の期間は、本請求書提出月の 3 か月前までになりますのであらかじめご了承ください。

* 本請求書提出の際には、運転免許証など本人であることを証明する書類の写しを添付してください。