

別紙様式

被扶養配偶者人間ドック助成 請求書

所属名					組合員氏名				
所属コード					組合員番号				
被扶養配偶者		氏名							
		生年月日		年 月 日			(満 歳)		
1	受診機関名								
2	受診年月日		令和 年 月 日						
3	受診コース名								
4	支払内訳	A	受診料金 (※オプション検査料を除く)				円		
		B	助成等の状況	①	公立学校共済組合		円		
	②			市町村等		円			
	③			その他		円			
						請求額	円		
						※ 給付決定額	円		
領収証等貼付欄									
※ (他機関の助成を受けた場合、助成の事実を証明できるもの(受診券の写し等)も添付してください。)									
※ 助成の対象はオプション検査料を除く受診料が30,000円を超える人間ドックです。									
上記のとおり請求します。									
一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長様									
令和 年 月 日									
住所									
請求者 (組合員)									
氏名									
印									

※欄は記入しないでください。

## 被扶養配偶者人間ドック助成 請求書

所属名	●●中学校					組合員氏名	互助 一郎						
所属コード	1	2	3	4	5	組合員番号	9	8	7	6	5	4	
被扶養配偶者	氏名		互助 花子										
	生年月日		S 56年 4月 2日 (満 40歳)										
1	受診機関名		〇〇病院										
2	受診年月日		令和3年5月7日										
3	受診コース名		女性日帰りドック										
4	支払内訳	A	受診料金 (※オプション検査料を除く)					42,000 円					
		B	助成等の状況	①	公立学校共済組合					11,000 円			
	②			市町村等					0 円				
	③			その他					0 円				
							請求額	30,000 円					
							※ 給付決定額	円					
領収証等貼付欄													
領収証													
受診券の写し (受診時に使用した場合のみ)													
上記のとおり請求します。													
一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長様													
令和3年 5月 7日													
住所 広島県広島市中区〇〇町													
1丁目2番3号													
請求者 (組合員) 氏名 互助 一郎 印													

※欄は記入しないでください。