

被扶養配偶者人間ドック助成金請求書

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------|---|-------------------------|------|----------|--------|------------------------|----------|---|----------|---|---|--|
| 所属名 | 広島小学校 | | | | | 組合員氏名 | 互助 太郎 | | | | | | |
| 所属コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 組合員証番号 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 被扶養配偶者 | 氏名 | | 互助 花子 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | S 58 年 5 月 1 日 (満 40 歳) | | | | | | | | | | |
| 1 | 受診機関名 | | 〇〇〇〇病院 | | | | | | | | | | |
| 2 | 受診年月日 | | 令和5年9月10日 | | | | | | | | | | |
| 3 | 受診コース名 | | 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 | | | | | 円 | | | | |
| | ③ | | | その他 | | | | | 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 5 年 10 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 請求者 (組合員) | | | | | | 住所 | 広島県広島市中区互助町 1丁目2番3号 | | | | | | |
| | | | | | | 氏名 | 互助 太郎 | | | | | | |

※欄は記入しないでください。