

被扶養配偶者人間ドック助成金請求書

所属名		広島中学校					組合員氏名		互助 太郎						
所属コード		1	2	3	4	5	組合員等番号		6	5	4	3	2	1	
被扶養配偶者		氏名		互助 花子											
		生年月日		S 60 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7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	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 7 年 10 月 1 日															
住所 広島県広島市中区互助町 1 丁目 2 番 3 号															
請求者（組合員） 氏名 互助 太郎															

※欄は記入しないでください。