

医療補助金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名	
		会員番号		会員氏名	
受診者氏名				続柄	
医療機関名					
医療機関所在地					
傷病名					
受診期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
請求金額	円		決定金額	円	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="margin-left: 40px;">一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様</p> <p style="margin-left: 40px;">令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 100px;">自宅住所</p> <p style="margin-left: 40px;">請求者 職名</p> <p style="margin-left: 100px;">氏名 ㊟</p>					
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="margin-left: 40px;">令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 40px;">所属所長 職氏名 印</p>					<p>所属所受付印</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

※ 氏名を自署する場合は押印不要
 ※ 医療機関の領収書を添付すること。