

医療補助金(治療費補助)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	
施 療 機 関 名					
施 療 機 関 の 所 在 地					
受 診 日		令和 年 月 日			
請 求 回 数		回 目			
請 求 金 額		円		決 定 金 額	円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>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: 100px;">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: 100px;">所属所長</p> <p style="margin-left: 100px;">職氏名 印</p>					<p style="font-weight: bold;">所属所受付印</p>

※ 氏名を自署する場合は押印不要

1. この請求書は、ハリ・灸・マッサージ等専用の様式です。
2. 施療機関の領収書を必ず添付すること。