

医療補助金請求書

請求金額	円	会員番号			
受診月	受診者名		医療機関	窓口支払額 (保険外診療費を除く)	本人負担額 (1万円と100円未満の額)
月		本人			
		本人			
		本人			
		本人			
		本人			

別紙領収書を添え請求します。	本人負担額合計	
	*医療補助金額	

令和 年 月 日

会員 所属名

(フリガナ)

氏名

印

一般財団法人 富山県教職員厚生会理事長 殿

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所属名

所属長名

職印

* 欄は記入しないこと。

- 医療機関の領収書を添付してください。
- 一月毎まとめて請求ください。

係 員

* 受付印