

検(健)診・ドック補助金請求書

一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様

下記のとおり請求します。

平成〇〇年11月1日

退職組合員番号					区分	請求者(受診者)氏名	印	生年月日
1	2	3	4	5	1 組合員 2 加入配偶者	互助 太郎	互助	明治 大正〇〇年1月5日 昭和

医療機関領収欄

検(健)診・ドック種類

- 人間ドック(日帰り)
- 人間ドック(一泊二日)
- 人間ドック(二泊三日)
- 人間ドック(二日通院)
- 脳ドック
- 人間+脳ドック
- その他の検(健)診・ドック
- 検(健)診

該当番号を下欄にご記入ください。

〔医療機関へのお願ひ〕

この請求書は、長崎県の教職員関係者が資金を拠出し合い、退職後の健康管理のため、検(健)診・ドックを受診した際の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。

ご面倒ですが、下記の領収欄記入について、格段のご協力をお願いいたします。

受診者氏名

互助 太郎

該当番号	7・8の場合は、ドック及び検(健)診名をご記入ください。	受診年月日	領収金額	給付額 (互助組合記入欄)
1		平成 〇〇年 10月 5日	23,500円	円
		平成 年 月 日	円	円
		平成 年 月 日	円	円
		平成 年 月 日	円	円
		平成 年 月 日	円	円
		平成 年 月 日	円	円

平成〇〇年10月5日

医療機関名 互助内科
(所在地) 長崎市江戸町2-13
(電話番号) 095-824-4721

互助
内科 印

- ※ 医療機関領収欄は、医療機関窓口で記入してもらってください。(領収印が必要です。)
- ※ 領収証を発行してもらった場合は、医療機関領収欄は請求者自身で記入してください。(領収証は裏面に糊づけしてください。)