

施術料補助金請求書

一般社団法人 沖縄県教職員共済会 理事長 殿

一般社団法人沖縄県教職員共済会給付規程に基づき施術料補助金を請求します。

請求金額	千	百	十	円
------	---	---	---	---

会 員 記 入 欄	会員番号	フリガナ	氏名	印	(支部記入欄) 加入年月	
	勤務先番号	勤務先			年 月	
	振込先 (本人名義に限る) (点線を○で囲って下さい)		銀行 支店		普通預金 口座番号	
	住 所		〒□□□□ - □□□□		電話番号	
	施 術 を 受 け る 理 由 又 は 症 状					
	施術料補助の対象は、 現職会員が運動器疾患又は慢性病等により、健康保険法の給付対象外のはり、灸、あんま、マッサ ージ等の施術を受けた場合。(給付規程第16条一部抜粋)					
	施 術 所	施 術 年 月 日	領 収 書 金 額	給 付 額 (支部記入欄)		
		20 年 月 日	円	円		
		20 年 月 日	円	円		
		20 年 月 日	円	円		
合 計	回	円	円			

上記のことについて相違ないことを証明します。

20 年 月 日

所属団体 _____

所属長 _____

公
印

上記のことについて副申します。

年 月 日

支 部 長 _____

決 裁					年 月 日		支 部 受 付	
理事長	専務理事	常務理事	部 長	係	事務局長	受付照査		

支 部 受 付

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いいたします。(修正液等は使用しないで下さい。)

添付書類：領収書(コピー不可)
 1日1回、同一月5回以内、年度15回まで
 日付はすべて西暦でご記入下さい。