

人間ドック助成金 兼 人間ドック補助金請求書

沖縄県教職員互助会 理事長 殿
 一般社団法人 沖縄県教職員共済会 理事長 殿

沖縄県教職員互助会文化厚生事業要綱に基づき人間ドック助成を請求します。
 一般社団法人 沖縄県教職員共済会給付規程に基づき人間ドック補助金を請求します。

| | | | | | | |
|---|--|----------------------|------|---|--------------|--|
| 会 員 記 入 欄 | 会員番号 | 氏名 | フリガナ | | | |
| | | 名 | (印) | | | |
| | 勤務先番号 | 勤務先 | | | | |
| | 振込先 (本人名義に限る) (点線を <input type="text"/> で囲って下さい) | 銀行 | 支店 | | 普通預金 口座番号 | |
| 住 所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> | | 電話 | | | |
| <input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック | 実施団体名 | 1.公立学校共済組合 2.その他 () | | | | |
| <input type="checkbox"/> 脳ドック | 病 院 名 | | | | | |
| (該当する項目の点線を <input type="text"/> で囲って下さい) | 受 診 日 | 2 0 | 年 | 月 | 日 | |
| | 受 診 料 | | | | 円 | |

上記のことについて相違ないことを証明します。

2 0 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。

2 0 年 月 日

支部長 _____

(印)

| | | | | | | | | | |
|-----------------|------|------|----|---|------|------|-----------|------------|---------|
| 決 裁 _____ 年 月 日 | | | | | | | 支 部 記 入 欄 | | 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 | 互 | 年 月加入 円 | |
| | | | | | | | 退 | 年 月加入 円 | |
| | | | | | | | | | |

添付書類：領収書（コピー可）
 日付はすべて西暦でご記入下さい。

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