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	ﾌﾘｶﾞﾅ 印	
	勤務先番号	勤務先		
	振込先 （本人名義に限る） （点線を ( ) で囲って下さい）	（銀行） （労金）	支店 普通預金 口座番号	
	住所	〒　－	電話	
	（日帰り人間ドック） （脳ドック） （該当する項目の点線を ( ) で囲って下さい）	実施団体名	1.公立学校共済組合　2.その他（　　）	
		病院名		
		受診日	20　　年　　月　　日	
		受診料	円	

決裁			支部受付	
常務理事	部長	係	事務局長	受付照査

支部記入欄	
互	年　月加入 000円
退	年　月加入 000円

支部受付

※ 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。）