別紙様式第1号（第11条関係）

**療 養 費 補 助 金 請 求 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 決定額 | * 円
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | 所属所番号 |  |
| 会員氏名 |  | 所属所名 |  |
| 療養者氏名 |  | 性別・続柄 | 性　別（ 男 ・ 女 ）続　柄（　　　　　） |
| 本請求の受診期間 | 自　　　年　　　月　　　日至　　　年　　　月　　　日 | 療養に要した費用 | 円 |
| 本傷病の請求回数 | 回 | 請求金額 | 円 |
| 備考 |  |
| 　上記のとおり請求します。　　 年 月 日　　　　　　一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号（　　　－　　　　）　　請求者　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

注　１　医療費の領収書を添えてください。

２　※印欄は、記入しないでください。