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。