

給付コード	給付事由発生年月日	決 定 額
B 0 4 宿泊	※	※ 円
B 0 5 一日		

ドック負担金補助 請求書

会 員 番 号		請 求 金 額	円
ド ッ ク 受 診 日	令 和	年	月 日
ド ッ ク の 種 別	宿泊ドック	・	一日ドック
<p>《注意事項》</p> <p>(1) 請求書を提出する際は、領収書（原本）を添付してください。</p> <p>(2) 会員本人が受診した場合に限り請求できます。</p> <p>(3) 請求金額は、宿泊ドックを受診した場合は 10, 000 円、一日ドックを受診した場合は 3, 000 円と記入してください。</p>			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人青森県教職員互助会理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(〒 -) (TEL - -)</p> <p>所属所所在地</p> <p>所 属 所 名</p> <p>請 求 者 職 名</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			

- ※欄は記入しないでください。
- この請求書に記載された個人情報、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。

〈提 出 先〉 〒030-8540 青森市長島一丁目1-1
 青森県教育庁職員福利課内
 一般財団法人青森県教職員互助会
 TEL 017-734-9914