

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	0123456	請 求 金 額	3,000 円
ド ッ ク 受 診 日	令 和 3 年 9 月 21 日		
ド ッ ク の 種 別	宿泊ドック ・ 一日ドック		
《注意事項》 (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。 (2)会員本人が受診した場合に限り請求できます。 (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。			
上記のとおり請求します。 一般財団法人青森県教職員互助会理事長 殿 令和 3 年 9 月 24 日 (〒 030 - 1234) (TEL 017 - 734 - ××××) 所 属 所 所 在 地 青 森 市 青 森 一 丁 目 1 - 1 所 属 所 名 青 森 市 立 青 森 小 学 校 請 求 者 職 名 教 諭 氏 名 青 森 太 郎			

1 ※欄は記入しないでください。

2 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