

給付コード	給付事由発生年月日	決 定 額
☐ B 0 4 宿泊		☐ 10,000 円
☐ B 0 5 一日		☐ 3,000 円

ド ッ ク 負 担 金 補 助 請 求 書

	学 校 番 号	0	1	2	3	4
会 員 番 号	0 1 2 3 4 5 6	請 求 金 額	10,000 円			
会 員 年 齢	60 歳 ※ 受診した年の年度末（3月31日現在）の年齢を記入					
ド ッ ク 受 診 日	令 和 4 年 8 月 8 日 ※ 宿泊ドックは、初日を記入					
ド ッ ク の 種 別	宿泊ドック ・ 一日ドック					

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 4 年 8 月 15 日

(〒 030 - 0123) (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 太枠内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は、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。

領収書貼付欄 （こちらに貼付できない場合はクリップで留めてください）

《 注 意 事 項 》

(1) 請求書を提出する際は、領収書（コピー可）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。

《 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