

保

受付印必要

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

妊婦検診料助成金請求書

決定額	※	円
-----	---	---

所属所名				組合員氏名					
組合員証記号番号	—			被扶養者である 出産者氏名					
資格取得年月日	平成	年	月	日	資格喪失年月日	平成	年	月	日
配偶者認定年月日	平成	年	月	日	請求金額	円			
出生年月日	平成	年	月	日					

検 診 内 容	月別	回数	支払った金額	医療機関名	月別	回数	支払った金額	医療機関名
	月	回	円		月	回	円	
	月	回	円		月	回	円	
	月	回	円		月	回	円	
	月	回	円		月	回	円	
	月	回	円		月	回	円	
	月	回	円		月	回	円	
	月	回	円		月	回	円	
	合計							円

上記のとおり請求します。

高知縣市町村職員共済組合理事長 殿

令和 年 月 日

住所

請求者

氏名

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属所長

- この請求書には、検診料として支払った医療機関の領収書(原本)を添付してください。※(注)
- ※印欄は記入しないでください。
- 請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を請求書内へ押印してください。

※(注)領収書は原本添付としますが、特別な事情等により返却を希望される場合は下記に記入してください。

返却希望 その理由