

はり・きゅう施術料助成金請求書

				組合員・被 扶養者の別	※ 組・被	助成金決定額	※	円
組合員証 記号番号	記号	番号		組合員 氏名	所 属 機 関 名			
施術を受けたもの	氏名				傷 病 名			
	生 年 月 日	M・T	年	月	日	傷 病 の 原 因		
	続 柄 ・ 性 別							
施 術 担 当 者 氏名					傷病に要した費用	円		
					請 求 金 額	円		
施 術 期 間 (年月) 及び 施 術 日 数	年	年	年			※ 1,000円× 回=	円	
	月分	月分	月分	日	日	日	助 成 金 の 算 定	1,300円× 回= 円 700円× 回= 円 910円× 回= 円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名 (印)</p>								
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名 (印)</p>								

- 備考
- 1 同一月内の施術は、1か月分をまとめて請求してください。ただし、1日1回、1月10回を超える施術については助成の対象となりません。
 - 2 2か月以上をまとめて請求する場合は、3か月を限度とします。
 - 3 ※印欄は記入しないで下さい。