

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	共済 太郎		所属 機関名	〇〇〇〇
施術を 受けた もの	氏名	共済 太郎			傷病名	〇〇〇	
	生年月日	M・T	〇年	〇月	〇日	傷病の原因	〇〇〇〇〇〇
	続柄・性別	Ⓢ・H	本人	Ⓜ	・女		
施術担当者 氏名	〇〇 〇〇			傷病に要した費用	12,500 円		
施術期間 (年月)及び 施術日数	〇年	〇年	年	請求金額	4,000 円		
	4月分	5月分	月分	助成金の 算定	※ 1,000円× 回= 円		
	3日	1日	日		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>愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>平成 〇年 〇月 〇日</p> <p>請求者 住所 〇〇〇〇〇</p> <p>氏名 共済 太郎 (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>平成 〇年 〇月 〇日</p> <p>所属所長 職名 〇〇〇〇</p> <p>氏名 〇〇 〇〇 (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ください。