

給付種別	08	歯科治療補助金請求書				※	互助組合 受付印
氏名 個人コード			学校名 学校コード				
請求金額			※ 給付決定金額				

上記金額を下記のとおり請求します。

年 月 日

学 校 名 _____

請求者 氏 名 _____ (印) (自筆署名の場合、印不要)

一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様

領収書貼付欄 (のりしろ)

領 収 書

領収年月日 _____ 年 月 日

(受診者名) _____ 様

金 _____ 円也

ただし、医療保険適用外の歯科治療費

自 年 月 日 ～ 至 年 月 日

医院所在地 _____

医 院 名 _____

医 師 名 _____ (印)

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。
▼※印以外はすべてご記入ください。

請求・記入上の注意事項

- * 領収書には必ず受診者氏名（フルネーム）を記入してください。
- * ひとつの治療で5千円以上の支払いに対し、1万円を限度として、実費の2分の1を補助。
（1事業年度に組合員本人または被扶養者のいずれか1回限り）
- * 自費診療分金額の明記された受診医院発行の領収証（コピー可）の貼付も可。但書に保険適用外治療であることが明記してあること。
- * 請求は日本国内での治療に限ります。