

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

▼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。

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

(受診者名) \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 年 月 日

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)

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。