

様式第5号

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号

通院旅費補助金請求書

通院患者名	組合員との続柄			年齢	歳
-------	---------	--	--	----	---

島外の医療機関で診療を受ける理由

乗船	港	行先	港	2等片道船賃	円
----	---	----	---	--------	---

上記のとおりですから、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程第3条の6の規定による通院旅費補助金を請求します。

年 月 日

所属番号						所 属 名
職員番号						組合員氏名 (印)
住 所 〒 (-)						

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

島外の医療機関を紹介する島内の医療機関名及び医師氏名 (印)

通院患者名 _____ 通院年月日 _____ 年 月 日

通院 診療科目	1 内科 2 外科 3 歯科 4 小児科 5 整形外科 6 皮膚科
	7 産婦人科 8 胃腸科 9 泌尿器科 10 耳鼻科 11 眼科 12 その他 ()

証明欄
上記のとおり証明します。
年 月 日 所在地
医療機関名
医師氏名 (印)

上記のとおり確認します。 年 月 日 所 属 長 名 資金前渡職員名	職印	互助組合受付印
	(印)	

※大島地区にあっては、医師の指示による通院以外は「最寄りの医療機関」の最大範囲を名瀬までとする。(与論島・沖永良部島は、那覇も可)
 ※三島村・十島村は鹿児島まで、熊毛地区は鹿児島又は西之表までとする。
 ※甌島は串木野まで、獅子島は諸浦又は水俣までとする。