

事様式第 13 号

医療補助金給付証明書発行申請書

平成 年 月 日

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合
理事長殿

職員番号					
------	--	--	--	--	--

所属名

氏 名 印

下記のとおり医療補助金給付証明書を必要としますので、発行して下さるよう申請します。

記

※必要とする証明期間

平成 年 月～平成 年 月 給付（送金）分

※所属以外（自宅等）の送付先を希望する場合記入してください

あて先 〒 _____

住所 _____

※組合員本人の請求しか認められません。