

医療補助金給付証明書発行申請書

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

年 月～ 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。