

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号

不妊治療助成金請求書

治療を受けた者	氏名	
	1 互助組員 2 互助組員の配偶者 (いずれかを○で囲んでください)	

治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
------	---------------

医療機関名	
-------	--

過去の請求歴	回 (年度) (年度) (初めて請求する方は無記入)
--------	--------------------------------

一 ※ 両方互助組員の場合は、必ず記入してください。

→	不妊治療助成金を請求しない組員の所属名・氏名	所属番号						所属名	
		職員番号						氏名	

上記のとおり、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19の規定による不妊治療助成金を請求します。

年 月 日

所属番号						
職員番号						

所 属 名

組 員 氏 名

㊟

住 所 〒 (-)

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

※医師による治療証明書（別記様式）を添付してください。ただし、県・市町村等から助成を受ける際に取得した証明書がある場合は、その写しで構いません。

互助組合受付印