

専務理事	常務理事	事務局長	部 長	係 長	係	査定額	〒			給付番号	
						確認	交通費領収証	診断書または指示	通院証明		

通 院 旅 費 補 助 金 請 求 書

通院患者名		(組合員及び組合員と同居する被扶養者が対象)		組合員との続柄			年齢	歳																
請求理由		(1) 医療機関がない (2) 医療機関はあるが診療科目が開設されていない (3) 医療機関があり診療科目もあるが、医師が常駐していない場合の受診 (4) 島内医師の指示 (5) 島外医師の指示					今回請求に関する受診履歴	☐ 初 診 ☐ 継続治療 初診 年 月																
往路		年 月 日 () 港・空港 発		復路		年 月 日 () 港・空港 発																		
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 <table><tr><td>所属番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>所 属 名</td></tr><tr><td>職員番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>組合員氏名 ⑩</td></tr></table> 住 所 〒 (-) 一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿									所属番号							所 属 名	職員番号							組合員氏名 ⑩
所属番号							所 属 名																	
職員番号							組合員氏名 ⑩																	
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及び理由				医療機関名：																				
				医師氏名： ⑩																				
				理由：																				
通 院 証 明 欄	通 院 患 者 名				通 院 年 月 日	年 月 日																		
	診 療 科 目																							
	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 ⑩																							

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 ⑩	互助組合受付印

※ 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・名瀬まで、熊毛地区は鹿児島又は西之表までとする。

※ 甕島は串木野・川内まで、獅子島は諸浦又は水俣までとする。

※ 交通費(往復)の領収証を添付してください。

※ 所属所が離島以外で、離島に居住している場合は、住民票(写しでも可)を添付してください。

※ □欄は、該当する方にチェックを入れてください。