



福祉給付

## 妊婦検診費 (互) 請求書

会 員 番 号	※互助会加入年月日				※決定額	円
	年号	年	月	日		
会 員 氏 名						
所属所コード	C91006			所属所名	公立学校共済組合東北中央病院	
母子手帳番号	No.			検診医療機関名		
母子手帳交付年月日	平成	年	月	日	出産予定年月日	平成 年 月 日
請 求 金 額	20000					円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人山形県教職員互助会理事長 殿</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 氏名 (印)</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所名 公立学校共済組合東北中央病院 所属所長 病院長 田中靖久 (印)</p>						
備 考	<p>1. ※欄は互助会で記入。 母子手帳 (表面写) を添付すること。</p> <p style="text-align: right;">(所属所受付印)</p>					

所属所電話番号

023-623-5111