



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							職 名		
所属所コード							所 属 所 名		
母子手帳番号	No.						検診医療機関名		
母子手帳交付年月日	年 月 日			出産予定年月日			年 月 日		
請 求 金 額								円	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人山形県教職員互助会理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請求者 氏 名 (印) 電話番号 ()</p>									
備 考	<p>1. ※欄は互助会で記入。</p> <p>2. 母子手帳表面の写し（要原本証明）を添付してください。</p> <p style="text-align: right;">所属所受付印</p>								

所属所電話番号	
---------	--