



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	
年号				年	月	日			
									円
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
上記のとおり請求します。									
一般財団法人山形県教職員互助会理事長 殿									
年 月 日									
住 所									
請求者 氏 名 (印)									
電話番号 ()									
備 考	1. ※欄は互助会で記入。 2. 母子手帳表面の写し（要原本証明）を添付してください。								
所属所受付印									

所属所電話番号