

医療補助金給付証明書発行申請書

年 1 月 10 日

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合
理事長殿

職員番号	2	3	4	5	6	7
------	---	---	---	---	---	---

所属名 鹿児島市立互助小学校

氏名 互助 太郎



下記のとおり医療補助金給付証明書を必要としますので、発行して下さるよう申請します。

記

※必要とする証明期間

年 1 月～ 年 12 月 給付(送金)分

※所属以外(自宅等)の送付先を希望する場合記入してください

あて先 〒 890 - 8566

住所 鹿児島市互助町 2 - 2

※組合員本人の請求しか認められません。