

様式第5号

離島に居住する組合員又は被扶養者が、診察のために該当する診療科目が島内にない場合又は医師の指示で島外の医療機関で診察を受けた場合の補助

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額	確認	交通費領収証	診断書または指示	通院証明	給付番号														
						¥																			
通院旅費補助金請求書																									
通院患者名		種子島 太郎			組合員との続柄		本人		年齢	51 歳															
請求理由	2	(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	<input checked="" type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 継続治療															
		請求理由(4)の場合、初回請求時に証明を受ける																							
往路			〇〇 年 5 月 14 日 (西之表) 港・空港 発			復路			〇〇 年 5 月 14 日 (鹿児島) 港・空港 発																
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">〇〇 年 5 月 24 日</p> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr> <td>所属番号</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>所属名 西之表市立互助小学校 (印)</p> <p>組合員氏名 種子島 太郎 (印)</p> <p>住所 〒 (891 - 3604)</p> <p style="text-align: center;">西之表市種子島町2-2</p> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>												所属番号	6	5	4	3	2	1	職員番号	1	2	3	4	5	6
所属番号	6	5	4	3	2	1																			
職員番号	1	2	3	4	5	6																			
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： 西之表クリニック (印) 医師氏名： 馬毛島 太郎 (印) 理由： 甲状腺に関する診察が島内で受けられないため																					
通院証明欄	通院患者名	種子島 太郎			通院年月日	〇〇 年 5 月 14 日																			
	診療科目	内科																							
	上記のとおり証明します。 〇〇 年 5 月 14 日 所在地 鹿児島市互助町1-1 医療機関名 互助内科クリニック (印) 医師氏名 薩摩 隼人 (印)																								
上記のとおり確認します。 〇〇 年 5 月 24 日 所属長名 西之表 一郎 (印) 資金前渡職員名 県事協 桜子 (印)							互助組合受付印																		

※ 大島地区にあつては、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。
 ※ 甑島は串木野・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。