

様式第20号

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号																		
不妊治療助成金請求書																									
治療を受けた者	氏名	互助 花子																							
	1 互助組員 ② 互助組員の配偶者 (いずれかを○で囲んでください)																								
治療期間		令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日																							
医療機関名		互助クリニック																							
過去の請求歴		0 回 (夫婦で通算3回まで請求できます。)																							
※ 両方互助組員の場合は、必ず記入してください。							請求初回なら、0																		
不妊治療助成金を請求しない組員の所属名・氏名	所属番号						所属名																		
	職員番号						氏名																		
<p>上記のとおり、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19の規定による不妊治療助成金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>所属番号</td> <td>7</td> <td>6</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>所属名</td> <td>鹿児島市立互助小学校</td> </tr> <tr> <td>職員番号</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>組員氏名</td> <td>互助 太郎 互助</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">住 所 〒 (8 9 1 - 1 2 3 4) 鹿児島市互助町123-45</p> <p style="text-align: center;">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	7	6	5	4	3	2	所属名	鹿児島市立互助小学校	職員番号	2	3	4	5	6	7	組員氏名	互助 太郎 互助
所属番号	7	6	5	4	3	2	所属名	鹿児島市立互助小学校																	
職員番号	2	3	4	5	6	7	組員氏名	互助 太郎 互助																	
<p>※当該不妊治療において、医療保険が全部又は一部適用される場合は、助成金の対象となりません。</p> <p>※不妊治療（医療保険適用外）受診証明書（別記様式（様式第20号関係））を添付してください。</p>							互助組合受付印																		