

医療費助成金支給証明申請書

組合員証	記号一番号	公立福岡 ー
組合員名	氏名	
診療等を受けた者	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
診療等を受けた医療機関		
診療年月	平成 年 月 日	
診療の種類	医科 (入院 ・ 外来) 歯科 調剤	
	その他 ()	

公立学校共済組合福岡支部の給付金の請求に必要ですので、上記の者の医療費助成金の支給について下記に証明ください。

平成 年 月 日

(申請者) 住所

氏名

印

医療費助成金支給証明書

医療費助成金額	円
本人自己負担金額	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

(医療費助成機関)

印