

保 健 事 業 様 式

1日人間ドック・脳ドック 再発行(取消)届書

所 属 所 名		所 属 所 コー ド	
組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	公立沖
再発行・取消	再発行	取消	
再発行・ 取消理由			
ドック取消による 婦人科検診 受診券送付 (女性組合員)	希望する	希望しない	
上記のとおり届け出を致します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 申 出 者 住 所 氏 名			

※公務(出張・学校行事等)及びやむを得ない事情がある場合、取消が可能です。

○取消については、組合員が医療機関と調整・取消を行い、受診日の2週間前までに届書を提出すること。

○紛失等による再発行の場合、受診日の2週間前までに届書を提出すること。

歯科健診受診申込書

所 属 所 名		所 属 所 コー ド	
組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	
受 診 予 定 日		受 診 予 定 歯 科 医 院	

上記のとおり申し込みを致します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

住 所

申 出 者

氏 名

上記の申し出は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所 属 所 名

職 名

所属所長

氏 名

所属所連絡先 — —

※当該年度4月1日現在、25・30・40・50歳の組合員が対象となります。

※組合員本人が歯科医院へ予約を行い、受診予定日の2週間前までに申込書を提出してください。

※歯科健診実施医療機関一覧表にて指定された歯科医院を受診してください。

研 修 等 交 通 費 請 求 書

組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	公立沖
研 修 事 業 名			研修日
請 求 金 額	円	※ 決 定 金 額	円
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名			
上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所 属 所 名 職 名 所属所長 氏 名 所属所連絡先 — —			

1. 航空賃・船賃の往復の領収書及び搭乗券をこの様式の裏面に貼付してください。
2. 本請求書は、研修事業等(セミナー関係)を受講した場合の請求で、年度間3回を限度とします。
3. 当該年度の2月末日(支部必着)までに請求してください。
4. 請求決定金額は組合員申告書等で登録された金融機関指定口座へ振込みします。

診療交通費等請求書

1 診療交通費

(該当番号を○で囲む。)

2 セミナー等受講交通費

組合員氏名		組合員番号	公立沖
請求金額	円	※ 決定金額	円
1 診療交通			
医 師 の 証 明			
受診者氏名		受診年月日	令和 年 月 日
傷病名			
医療機関名 及び所在地 医師氏名 印 (診療時の領収書(受診者氏名・傷病名標記。)を添付することにより、医師の証明に代えることができる。)			
2 セミナー等受講交通			
受講地区名		受講年月日	令和 年 月 日
受講(セミナー)名			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名			
上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所名 職名 所属所長 氏名 所属所連絡先 — —			

1. 航空賃・船賃の往復の領収書及び搭乗券をこの様式の裏面に貼付してください。
2. 本請求書は、診療及びセミナー等を受講した場合の請求で、年度間3回を限度とします。
3. 翌年度の4月3日(支部必着)までに請求がない場合、対象外になります。
4. 請求決定金額は組合員申告書等で登録された金融機関指定口座へ振込みします。

健康管理支援補助請求書

- 1 1日人間ドック
- 2 脳ドック (該当番号を○で囲む。)
- 3 婦人科検診
- 4 歯科健診

組合員氏名		組合員番号	公立沖
受診病院名		受診年月日	令和 年 月 日
請求金額	円	※決定金額	円
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名			
上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所名 職名 所属所長 氏名 所属所連絡先 — —			

1. 航空賃・船賃の往復の領収書及び搭乗券をこの様式の裏面に貼付してください。
2. 当該年度の2月末日(支部必着)までに請求してください。
3. 請求決定金額は組合員申告書等で登録された金融機関指定口座へ振込みします。

