

退職互助会医療給付金請求書

年 月 日

通信欄

請求用紙が必要な方は ○をつけてください。	○印欄	確認欄
--------------------------	-----	-----

自治労福島県職員連合労働組合退職互助会理事長宛

二次審查	一次審查	報者

①～⑤について記入ください。

■ 灰色部分は記入しないでください。