（別紙3）

岐阜県教職員職場復帰支援プログラム等における
面接相談料請求書

C#		共済
1	2	3
W	5	2

※給付コード	所属所コード	組合員証番号	※請求年月		性別・生年月					※ 決定額
			年	月	性別	年号	年	月		金額
4 5 6 7	8 9 10 11 12	13 14 15 16 17	18 19	20 21	22	23	24 25	26 27	28~43	44 45 46 47 48 49 50
									skip	

請求金額	円

面接相談内容			相談料	円
	相談日	年　月　日（約　分）		
	対象職員氏名			
	医療機関名			
	主治医氏名			
	相談者氏名			

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合岐阜支部長　様

平成　年　月　日　住 所

請求者

氏 名　印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成　年　月　日

所属所名

所属所長

職・氏名　職印

性別コード	男	女
	1	2

元号コード	昭和	平成
	3	4

注意

1. 事前に教職員課長と協議をしてください。
2. 相談前に対象職員の同意を得てください。
3. 面接相談の同意書の写しと医療機関の領収書の写し（所属長の原本証明が必要）を添付してください。
4. 請求金額には相談料を記入してください。
5. 請求期間は相談実施日より3か月以内です。
6. ※印欄は記入しないでください。
7. 「性別」・「記号」は、右の「コード」で記入してください。