

人間ドック検診費補助請求書

請求年月日 平成 年 月 日

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様

下記のとおり請求いたします。

請求者記入欄	退職組合員番号						フリガナ					印	受診時年齢
							氏名						歳
	加入年月				生年月日				電話番号				
	昭和 年 月加入 平成				大正 年 月 日生 昭和								
	受取口座 (普通預金)	銀行番号						店番					
		銀行 信用金庫 労働金庫 農協						店					
		口座番号											
		フリガナ											
		口座名義											

医師の証明欄	人間ドック検診証明書											
	下記のとおり証明いたします。											
	受診者名											
	検診期間		自至		平成 年 月 日 平成 年 月 日							
	検診種別						検診料		円			
裁定欄 (記入不要)	検診日				検診料				補助額			
	平成 年 月 日				円				円			
	調査				支払				支部受付			

(様式第七号)

▼領収書は裏面に添付してください。

※該当年齢以外の検診は対象外です。

人間ドック検診費補助請求書の作成について

- 1 対象者 退職組合員
- 2 給付対象 人間ドック（脳ドック・PET・専門ドック）
- 3 対象年齢 満61歳、62歳、63歳、64歳、65歳、70歳、75歳、80歳
※上記対象年齢の誕生日から次の誕生日の前日までに
受診したもの。
- 4 補助額 検診料自己負担額のうち、5,000円を限度に補助します。
※1年齢につき、いずれか1回限りです。
- 5 請求方法 「人間ドック検診費補助請求書」に領収書（コピー）を
添付してください。
 - (1) 領収書（コピー）について
 - ・人間ドック検診（脳ドック・PET・専門ドック）を受けたことが記入されていること。
 - ・受診者名、受診日、金額が明記されていること。
 - (2) 領収書がない場合
「人間ドック検診費補助請求書」用紙の医師の証明欄に病院で記入してもらってください。
(文書料がかかった場合は自己負担となります。)