

人間ドック検診費補助請求書 (脳ドック・PET検診・専門ドックを含む)

請求年月日 令和 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。

(様式第七号)

請求者記入欄: 退職組合員番号, フリガナ, 氏名, 加入年月, 生年月日, 電話番号, 受診時年齢, 受取口座 (普通預金), 銀行番号, 店番, 口座番号, フリガナ, 口座名義

領収書 (コピー) を添付してください。

医師の証明欄: 人間ドック等検診証明書, 受診者名, 受診期間, 検診種別, 検診料, 住所/病院名

※該当年齢以外の検診は対象外です。

裁定 (記入不要): 検診日, 検診料, 補助額, 調査, 支払, 支部受付

請求書は 所属支部 へご提出ください。

## 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検診・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  
受診したものを。
- 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
    - ・検診名（〇〇ドックまたはPET検診）が明記されていること。
    - ・受診者名、受診日、金額及び医療機関名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医療機関  
で証明を受けてください。  
※文書料がかかった場合は自己負担となります。