

現職組合員被扶養配偶者健康診断助成金請求書

整理
番号

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。

組合員 (申請者) 記入欄	所属所コード		組合員番号		発生年月日 (記入不要)		年 月			
	所属所名		TEL () -		加入年月		S H 年 月			
	フリガナ		氏 名		印	生年月日		S H 年 月 日		
	組合員の氏名		氏 名			生年月日		S H 年 月 日		
	フリガナ		氏 名		印	生年月日		S H 年 月 日		
	被扶養配偶者 氏名 (健康診断受診者)		氏 名			健康診断 受診日		R 年 月 日		
	医療機関		健康診断 検査料金		円					
	送金先 (組合員)		金融機関名	支店名	普通 預金	口座番号	フリガナ			
			銀行 信用金庫 労働金庫 農協	支店			口座 名義			
	添付書類 (内容確認)		添付書類の内容を確認し、下記チェック欄に✓を記載してください。 【領収書(コピー可)】 <input type="checkbox"/> ①氏名 <input type="checkbox"/> ②健康診断日 <input type="checkbox"/> ③「健康診断」等の記述 <input type="checkbox"/> ④金額 <input type="checkbox"/> ⑤医療機関名と印 ※①～⑤まで電算で記載されている場合は、印の省略可 【健康保険証(コピー)】 <input type="checkbox"/> ①健康保険証(組合員本人) <input type="checkbox"/> ②健康保険証(被扶養配偶者)							
【注意事項】 1. 本助成は、対象者が健康診断を受けたとき、1年度につき1回とする。 対象者は、次の各号すべてに該当し、健康診断の受診を希望する者。 (1) 平成31年4月1日において、現職組合員の被扶養配偶者である者。 (2) 平成31年度末において、39歳以下(昭和55年4月1日以降に生まれた者)の者。 【注1】 40歳以上の被扶養者(昭和55年3月31日までに生まれた者)は、公立学校共済組合等保険者が実施する特定健康診査の対象となるため、助成は対象外とする。 【注2】 受診時点において、被扶養者としての認定取消となった者は、助成対象外とする。 2. 助成上限額は5,000円。健康診断料金が5,000円に満たない場合は、実費を助成する。										
上記の記載事項は、事実と相違ないと認めます。 令和 年 月 日 所属所長氏名 職印 事務取扱者氏名 印										
互助組合員 被扶養配偶者 健康診断助成		裁定		調査		支払日		受付日		

個人情報の取扱について

現職組合員被扶養配偶者健康診断助成金請求書の内容は、資格調査、助成額算定、助成金送金処理のために利用いたします。

記入例

現職組合員被扶養配偶者健康診断助成金請求書

整理番号

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。

所属所コード 0000789000		組合員番号 00567890		発生年月日 (記入不要)		年 月	
所属所名 静岡市立駿河小学校		TEL (054) 254-3626					
フリガナ サンボンバシラ サプロウ		氏名 三本柱 三郎		加入年月 S H 〇年 〇月		〇 〇	
組合員の氏名		氏名 三本柱 三郎		生年月日 S H 〇年 〇月		〇 〇	
フリガナ サンボンバシラ ハナコ		氏名 三本柱 花子		生年月日 S H 〇年 〇月		〇 〇	
被扶養配偶者 氏名 (健康診断受診者)		氏名 三本柱 花子		健康診断 受診日 R 元 年 10月 1日			
医療機関 〇△□病院		健康診断 検査料金 7,020 円					
送金先 (組合員)		金融機関名 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 銀行 信用金庫 労働金庫 農協		支店名 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 互助 支店		口座番号 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	
		フリガナ 三本柱 三郎		口座名義 三本柱 三郎			
添付書類 (内容確認)		添付書類の内容を確認し、下記チェック欄に✓を記載してください。 【領収書(コピー可)】 <input checked="" type="checkbox"/> ①氏名 <input checked="" type="checkbox"/> ②健康診断日 <input checked="" type="checkbox"/> ③「健康診断」等の記述 <input checked="" type="checkbox"/> ④金額 <input checked="" type="checkbox"/> ⑤医療機関名と印 ※①～⑤まで電算で記載されている場合は、印の省略可 【健康保険証(コピー)】 <input checked="" type="checkbox"/> ①健康保険証(組合員本人) <input checked="" type="checkbox"/> ②健康保険証(被扶養配偶者)					
【注意事項】 1. 本助成は、対象者が健康診断を受けたとき、1年度につき1回とする。 対象者は、次の各号すべてに該当し、健康診断の受診を希望する者。 (1) 平成31年4月1日において、現職組合員の被扶養配偶者である者。 (2) 平成31年度末において、39歳以下(昭和55年4月1日以降に生まれた者)の者。 【注1】40歳以上の被扶養者(昭和55年3月31日までに生まれた者)は、公立学校共済組合等保険者が実施する特定健康診査の対象となるため、助成は対象外とする。 【注2】受診時点において、被扶養者としての認定取消となった者は、助成対象外とする。 2. 助成上限額は5,000円。健康診断料金が5,000円に満たない場合は、実費を助成する。							
上記の記載事項は、事実と相違ないと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所長氏名 清水 太郎 職印 事務取扱者氏名 浜松 あおい 浜松印							
互助組合員 被扶養配偶者 健康診断助成		裁定		調査		支払日	
						受付日	

個人情報の取扱について

現職組合員被扶養配偶者健康診断助成金請求書の内容は、資格調査、助成額算定、助成金送金処理のために利用いたします。