

人間ドック検診費補助請求書 (脳ドック・PET・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)

添付書類と併せて提出してください。

※対象年齢以外の受診は対象外です。

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

医師の証明欄: 領収書を添付する場合は、以下の証明欄の記載は不要です。人間ドック等受診証明書, 受診者名, 受診期間 (自至), 令和 年 月 日, 令和 年 月 日, 種別 (人間ドック・脳ドック, PET・専門ドック), 自己負担額, 円, 令和 年 月 日, 住所, 医療機関名, 印

裁定 (記入不要): 受診日, 令和 年 月 日, 受診料, 円, 補助額, 円, 調査, 支払, 支部受付

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 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」と添付書類を併せて
提出してください。
- 6 添付書類（コピー）
 - (1) 領収書
 - ・人間ドック・脳ドック・PET・〇〇ドックのいずれかを受診した
ことが明記されていること。 ※一般検診等のみの場合は対象外
 - ・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。
 - ※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。
 - (2) 通帳等金融機関・支店・口座番号・口座名義が確認できるもの
(登録口座を変更する場合)