

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。

Requester Information Form: 退職組合員番号, フリガナ, 受診時年齢, 氏名, 生年月日, 電話番号, 銀行番号, 店番, 受取口座 (普通預金), フリガナ, 口座名義.

Medical Certificate Section: 人間ドック等受診証明書, 受診者名, 受診期間, 種別 (人間ドック・脳ドック, PET・専門ドック), 自己負担額, 住所, 医療機関名.

Decision Section: 受診日, 受診料, 補助額, 調査, 支払, 支部受付.

請求書は所属支部又はおしば集中事務センターへご提出ください。

## 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・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)