

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。

請求者記入欄: 退職組合員番号, フリガナ, 電話番号, 氏名, 生年月日, 受診日, 受診時年齢, 注1, 注2

医師の証明欄: 人間ドック等受診証明書, 受診者名, 受診日, 種別, 自己負担額, 住所, 医療機関名, 印

裁定(記入不要): 受診日, 受診料, 補助額, 備考, 支部調査印, 県事務局調査印, 受付

様式第七号 (領収書(コピー)を添付してください。)

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 全年齢・年齢制限なし（令和6年4月受診分から）
※満61～65歳・70歳・75歳・80歳（令和6年3月受診分まで）
- 4 補助額 自己負担額のうち、5,000円を限度に補助します。
人間ドックと各種専門ドック（脳ドック等）を同時受診した場合は、1回の受診（5,000円限度）として取り扱います。
- 5 給付請求の期限
事由発生の日から1年
- 6 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。
- 7 添付書類（コピー）
領収書
 - ・人間ドック・脳ドック・PET・○○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
明記されていない場合は、ドックを受診したことがわかるもの（受診結果票等）を添付してください。
 - ・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。）