

人間ドック検診費補助請求書

請求年月日 平成 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)

▼領収書は裏面に添付してください。

※該当年齢以外の検診は対象外です。

請求者記入欄	退職組合員番号				フリガナ					受診時年齢
					氏名					歳
	加入年月				生年月日				電話番号	
	昭和 年 月加入 平成				大正 年 月 日生 昭和					
	受取口座 (普通預金)		銀行番号	銀行 信用金庫 労働金庫 農協				店番	店	
		口座番号								
		フリガナ								
		口座名義								

医師の証明欄	人間ドック検診証明書										
	下記のとおり証明いたします。										
	受診者名 _____										
	検診期間	自	平成	年	月	日	至	平成	年	月	日
	検診種別					検診料	円				
平成 年 月 日											
住所 病院名 _____ 印											

裁定 (記入不要)	検診日			検診料			補助額		
	平成 年 月 日			円			円		
	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・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** 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
    - ・人間ドック検診（脳ドック・PET・専門ドック）を受けたことが記入されていること。
    - ・受診者名、受診日、金額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病院で記入してもらってください。  
(文書料がかかった場合は自己負担となります。)