

|           |    |           |  |
|-----------|----|-----------|--|
| 種別<br>No. | 05 | 整理<br>No. |  |
|-----------|----|-----------|--|

### 人間ドック検診費補助請求書

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7号)

▼医療機関が発行した領収書(写し)を添付してください。(糊付けはしないでください。)  
▼裏面「人間ドック検診費補助請求書の作成について」をご確認のうえ、申請してください。

|                                  |  |                |   |         |   |   |   |
|----------------------------------|--|----------------|---|---------|---|---|---|
| 請求者記入欄                           | 退職組合員番号<br>(8桁)                        |                |   |         | ※現職時の組合員番号とは異なります。<br>「退職組合員証」でご確認ください。 |   |   |
|                                  | (フリガナ)                                 |                |   |         |   |   |   |
|                                  | 退職組合員氏名                                |                |   |         |   |   |   |
|                                  | 生年月日                                   | 大正<br>昭和<br>平成 | 年 | 月       | 日生                                      |   |   |
|                                  | 人間ドック受診年月日                             | 令和             | 年 | 月       | 日                                       |   |   |
|                                  | 日中連絡先(携帯等)                             |                |   |         |   |   |   |
| 医療機関証明欄                          | 人間ドック受診証明書                             |                |   |         |   |   |   |
|                                  | ※「人間ドック」の記載がある領収書が発行される場合、以下への記載は不要です。 |                |   |         |   |   |   |
|                                  | 受診者氏名                                  |                |   |         |   |   |   |
|                                  | 人間ドック受診年月日                             | 令和             | 年 | 月       | 日                                       |   |   |
|                                  | 人間ドック検診費<br>(受診者自己負担額)                 |                |   |         |   | ・金額は右詰めで、金額の前に¥を入れてください。<br>・人間ドックに付加した検査項目の費用を含みます。(文書料等を除く) |   |
| 医療機関(証明者)の<br>名称・所在地・連絡先<br>※要押印 |  |                |   |         | 印                                       |   |   |
| 裁定<br><br>(記入不要)                 | 受診日                                    | 令和 年 月 日       |   | 受診料     | 円                                       | 補助額   | 円 |
|                                  | 備考                                     |                |   | 支部調査印   | 受付                                      |   |   |
|                                  |  |                |   | 県事務局調査印 |   |   |   |
|                                  |  |                |   |         |   |   |   |

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

令和8年9月受検分まで…脳ドック等各種専門ドック・PET

**※ 令和8年10月からは人間ドックのみとなります。**

人間ドック検診費の給付対象額（自己負担額）には、付加した検査項目（オプション検査）に係る費用も含まれます。

保険者等による人間ドックの助成がある場合は、その額を除いて算定します。

3 対象年齢 全年齢

4 補助額 自己負担額のうち、5,000円を限度に補助します。

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

医療機関が発行した領収書の写し（以下、全ての項目が明記されているもの）

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| ① 受診者名（組合員氏名） | ② 支払金額（自己負担額）            |
| ③ 医療機関名       | ④ 受診内容（「人間ドック」の明記が必要です。） |
| ⑤ 受診日         |                          |

※ 上記、全ての項目の明記がない場合又は医療機関が発行した領収書ではない場合（代理店等で申し込んだ場合）等

「領収書」と併せて、健診結果通知書等の写しを添付してください。

「受診者氏名」、「受診内容（人間ドック）」及び「受診日」が確認できるものがが必要です。（健診結果通知書の写しを添付する場合、検査結果部分は個人情報となるため、塗りつぶしたうえで提出してください。）

7 給付金請求の期限

事由発生（受診）の日から1年

8 その他

(1) 給付金のお受け取りについて

ア 給付金の受取方法は、「銀行振込」のみとなります。

申請受付月（月末締切）の翌々月25日に送金されます。（金融機関休業日の場合は翌営業日）

イ 振込手数料は組合員（請求者）負担となります。

1回の給付の都度、給付金から「振込手数料275円」が差し引かれ送金されます。（1回の給付とは、ひと月に送金する給付金を合算したもの。）

※ 令和8年8月申請受付分（令和8年10月給付分）から、以下を除く全ての金融機関においてかかります。

ウ 給付金受取において振込手数料が0円である金融機関

- ・ 退職互助部推奨金融機関（静岡県労働金庫及び全国のろうきん）
- ・ スルガ銀行

※ 振込手数料等は、令和8年4月現在の状況となります。

金融機関の手数料に係る規定改正により変更となる場合があります。

(2) 添付書類に代えて、様式所定欄に医療機関証明の記載により請求することも可能です。ただし、証明に係る費用（文書料）は自己負担となります。