

人間ドック検診費補助請求書
(脳ドックを含む)

請求年月日 平成 年 月 日

静岡県教職員互助組合退職互助部 様

下記のとおり請求いたします。

請求者記入欄	会員番号							フリガナ	受診時年齢
	氏名							印	
	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				
	振込先		銀行番号	店番			銀行 信用金庫 労働金庫 農協		
		(普通預金)口座番号							
		フリガナ							
		口座名義							

医師の証明欄	人間ドック (脳ドック) 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
	検診料								円		
平成 年 月 日											
住所 病院名									印		

裁定 (記入不要)	検診日					補助額				
	平成 年 月 日									
	調査					支払		支部受付		

(様式第七号)
▼領収証は裏面に添付してください。
※指定年齢以外の検診は該当いたしません。

人間ドック検診費補助請求書の作成について

- ① **対象者** 年齢が満61歳、65歳、70歳、75歳、80歳の退職会員及び準会員が人間ドック検診（脳ドックを含む）を受けた時、検診料を補助します。
- ※対象年齢は、満61歳、65歳、70歳、75歳、80歳の誕生日から次の誕生日の前日までをいいます。
- ※満60歳を満61歳に変更しましたが、経過措置として、平成21年度は満60歳の受診も給付対象とします。ただし、2年続けて給付することはできません。
- ② **補助額** 検診料自己負担額のうち、5,000円までを補助します。
- ※人間ドック検診・脳ドック検診のどちらか1回限りです。
- ③ **請求方法** 「人間ドック検診費補助請求書」に領収証を添付してください。

I 領収証について

- ・人間ドック検診（脳ドックを含む）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。
- なお、領収証はコピーでも結構です。

II 領収証がない場合は、「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。）