

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

人間ドック補助金請求書

下記のとおり請求します。

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|--------------------------|--|---|--|--|--|--|---|--|
| 請求日 | 年 月 日 | 決定額 ※記入しない | | | | | | | 円 | |
| フリガナ 会員氏名 (請求者) | | 受診券 (共済組合発行) の利用有無 | 利用有 ・ 利用無 | | | | | | | |
| 職員コード(8桁) | | 医療機関番号 | | | | | | | | |
| 所属名 | | 医療機関名 | | | | | | | | |
| 所属コード | | 受診日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 受診者の別 | 本人 (該当に○) | ・一般(60歳以外) ・60歳 | 請求金額 該当する□に✓ | 自己負担した基本健診料(税抜き) | | | | | | |
| | 被扶養者 | 被扶養者氏名 () | | 本人 <input type="checkbox"/> 15,000円以上(60歳以外)⇒ 15,000 円 <input type="checkbox"/> 15,000円未満(60歳以外)⇒ _____ 円 <input type="checkbox"/> 60歳 ⇒ _____ 円 | | | | | | |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 | | 扶養 <input type="checkbox"/> 5,000円以上 ⇒ 5,000 円 <input type="checkbox"/> 5,000円未満 ⇒ _____ 円 | | | | | | | |

| | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-------|-----------------|-------|
| 医療機関の証明 (領収書の添付が できない場合) | 健診を受けた 者の氏名 | | 健診年月日 | 年 月 日 |
| | 健診名 | 人間ドック | 基本健診料 (税抜き)※ | 円 |
| | 上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関名 印 | | | |

※ 受診者が負担したオプションを含まない基本健診料(税抜き)を記入してください。

※ 受診券(共済組合発行)を利用の場合は、基本健診料から差し引いた金額を記入してください。

*会員と請求者が一致しない場合は、事務局までお問合せください。

1 上記証明に代えて、本人が負担した額の領収書を添付しても差し支えありません。

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

記入例(本人)

人間ドック補助金請求書

★注意★
令和6年度から補助対象は1日
(日帰り)コースのみとなりました。
1泊2日、通院2日を受診した場合は
補助対象外となりますのでご注意
ください。

下記のとおり請求します。

| | | | | | |
|---------------|------------------------------------|--------------------------|--|--|---|
| 請求日 | 〇〇年 〇月 〇日 | 決定額 | ※記入しない | | 円 |
| フリガナ | マキ ナナコ | 受診券 (共済組合発行) の利用有無 | 利用有 | | |
| 会員氏名 (請求者) | 榎 菜々子 | 医療機関番号 | 111 | | |
| 職員コード(8桁) | 1989000 | 医療機関名 | 〇〇〇〇病院 | | |
| 所属名 | 千葉市立千葉中学校 | 所属コード | 84010 | | |
| 受診者の別 | 本人 (該当に〇) ・一般(60歳以外) ・60歳 | 受診日 | 〇〇年 10月 30日 | | |
| 被扶養者 | 被扶養者氏名 () | 請求金額 該当する□に✓ | 自己負担した基本健診料(税抜き) | | |
| 受診者生年月日 | 〇〇年 〇月 〇日 | 本人 | <input checked="" type="checkbox"/> 15,000円以上(60歳以外) ⇒ 15,000 円 <input type="checkbox"/> 15,000円未満(60歳以外) ⇒ _____ 円 <input type="checkbox"/> 60歳 ⇒ _____ 円 | | |
| | | 扶養 | <input type="checkbox"/> 5,000円以上 ⇒ 5,000 円 <input type="checkbox"/> 5,000円未満 ⇒ _____ 円 | | |

共済組合発行の受診券の利用の有無を〇してください。

補助を受けられるのは、指定医療機関で受診した場合に限ります。
3月下旬に所属宛配付の『〇〇年度人間ドック等補助金事業の実施について(通知)』の中から
選んで記入してください。(互助会のHPにも掲載しています。)

本人: 自己負担した基本健診料が15,000円未満の場合又は60歳1日ドックを受診した場合は
金額を記入する。
扶養: 自己負担した基本健診料が5,000円未満の場合は金額を記入する。

| | | | | |
|--------------------------------|--|-------|----------------|------------|
| 医療機関の証明 (領収書の添付が できない場合) | 健診を受けた 者の氏名 | 榎 菜々子 | 健診年月日 | 〇年 10月 30日 |
| | 健診名 | 人間ドック | 基本健診料 (税抜き) | 35,000 円 ※ |
| | 上記のとおり証明します。 〇年 〇月 〇日 医療機関名 〇〇〇〇病院 院長 〇〇 〇〇 領収書の添付があれば、証明 欄の証明は必要ありません 〇〇〇 〇病院 長乃印 | | | |

領収書を添付

| | |
|---------------------------------|-------------------|
| 領 収 書 | |
| 〇〇年10月30日 | |
| 榎 菜々子 様 | |
| 39,000 円 | |
| 但し 人間ドック受診料として 上記正に領収いたしました。 | |
| 〇〇〇〇病院 | 〇〇〇 〇病院 長乃印 |
| 院長 〇〇 〇〇 | |

※ 受診者が負担したオプションを含まない基本健診料(税抜き)を記入してください。
※ 受診券(共済組合発行)を利用の場合は、基本健診料から差し引いた金額を記入してください。
* 会員と請求者が一致しない場合は、事務局までお問合せください。

1 上記証明に代えて、本人が負担した額の領収書を添付しても差し支えありません。