

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

上記のとおり請求します。

請求日	年 月 日	決定額							円
フリガナ		共済クーポン券 利用の有無 (○で囲む)	利用有 ・ 利用無						
会員氏名 (請求者)		医療機関 番号							
職員コード(8桁)		医療機関名							
所属名		受診日	年 月 日から 年 月 日まで						
所属コード		受診コース (○をつける)	1日(日帰り)・1泊2日・通院2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	
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日	扶 養	<input type="checkbox"/>	15,000円未満(60歳以外)⇒		円		
				<input type="checkbox"/>	60歳 ⇒		円		
				<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			

※ 健診料は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。

\* 会員と請求者が一致しない場合は、事務局までお問い合わせください。

- 1 太枠「決定額」の欄は記入しないでください。
- 2 上記証明に代えて、本人が負担した額の領収書(原本。コピー不可)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**

上記のとおり請求します。

請求日	〇〇年 〇月 〇日	決定額					円
フリガナ	マキ ナナコ	共済クーポン券 利用の有無 (〇で囲む)	利用有		利用無		
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	受診日	〇〇年 10月 30日から 年 月 日まで				
所属コード	84010	受診コース (〇をつける)	1日(日帰り)・1泊2日・通院2日				
受診者の別	本人 (該当に〇)	請求金額 該当する口に✓	自己負担した基本健診料(税抜き)				
	被扶養者 ( )		<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				
受診者生年月日	〇〇年 〇月 〇日	扶養	<input type="checkbox"/> 5,000円以上 ⇒ 5,000 円 <input type="checkbox"/> 5,000円未満 ⇒ _____ 円				

☆注意☆  
受診年度末に勸奨で退職見込みの方は、「人間ドック補助金請求書(勸奨退職者用1日人間ドック)」で請求してください。

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 31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			

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(原本。コピー不可)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  
院長 〇〇 〇〇

**〇〇〇〇病院 長乃印**

※ 健診料は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。  
\*会員と請求者が一致しない場合は、事務局までお問い合わせください。

- 1 太枠「決定額」の欄は記入しないでください。
- 2 上記証明に代えて、本人が負担した額の領収書(原本。コピー不可)を添付しても差し支えありません。

基本健診料40,000円(税抜き)の例です。