

人間ドック等受診補助金交付申請書

令和 年 月 日

(一財) 諏訪湖勤労者福祉サービスセンター理事長 様

会員番号 _____

事業所名 _____

会員氏名 _____ 印

人間ドック等を受診しましたので、関係書類を添えて申請します。

記

請求金額

円

受領方法

1. 口座振込を選択している事業所

2. 事務所窓口受取

岡谷事務所 ・ 下諏訪事務所

生年月日	昭和 年 月 日 (年齢 歳)
受診年月日	令和 年 月 日
受診病院名	
対象検査 (該当検査に○をつける)	人間ドック 脳ドック PET検診 オプション検査 その他 ()
会員支払額	領収書の額 円 事業所の助成金 円 各種保険の助成金 円 差額 (会員支払額) 円
補助金額	会員支払額×20% (限度額5,000円で1,000円未満切り捨て)
添付書類	領収書 (受診者名及び検査の種類を明記したもの・写し可)
補助対象者	◎受診年度内において40歳以上の会員で、人間ドック、脳ドック、PET検診、生活習慣病予防検診を含むドック系の検診を個人で受診した場合に限ります。 ◎対象となる会員支払額は、事業所や各種保険からの助成金は除いた額となります。 ◎会社全体での健康診断は該当しません。(ただし、事業所が負担する生活習慣病予防健診等に合わせ、自己負担で同時受診した各種オプション検査の合計額が5,000円以上の場合は該当します) ◎受診後6か月以内に申請してください。

上記の金額を領収しました。

令和 年 月 日

氏名 _____

* 申請の段階では記入しないでください。

受付	備考

担当者	課長	事務局長	常務理事