

人間ドック受診料補助金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 長野市勤労者共済会
理事長 様

請求者(会員)

会員番号 ー

会員氏名

事由証明者(事業所)

事業所名

代表者名

(一財)長野市勤労者共済会事業規則第 11 条に基づき、次のとおり補助金支払請求をします。貴会が必要と判断した場合は関係市町村、医療機関等に問い合わせても異存ありません。

1. 受診内容 (種類に○をつけ、必要事項を記入してください)

種類	1. 日帰り人間ドック	2. 泊まりドック	3. 脳ドック
受診機関名	TEL	受診日	年 月 日から 月 日まで
本人負担額	円		

※添付書類…「領収書」又は、「領収書の写し」(「領収書」は個人名義で『人間ドック』『脳ドック』『PET/CT検診』とそれぞれの金額が明記されたもの。記載が『検診料』などの場合は医療機関の証明を受けてください)

※補助を受けられるのは4月1日から3月31日の間の1回の受診に限ります。

※30歳以上の会員が病院などで任意に『人間ドック』を受けられた場合、受診料の本人負担額の一部を補助しています。政府管掌健康保険などで、生活習慣病等の疾病予防とその早期発見のため、労働安全衛生法の定めにより事業者が年1回以上行わなければならない定期健康診断(一般検診)は、受診料補助の対象ではありません。

※『PET/CT検診』は補助の(日帰り)の対象となります。ただし人間ドックを受診された場合はいずれか1回のみ補助とします。

※『人間ドック』『脳ドック』を一緒に受診された方は用紙を分けてご請求ください。(領収書は同一のもので構いません)

※請求期限は2年間です。入会前に受診したものは対象になりません

2. 補助金受取方法

口座振込

1. 八十二銀行	支店・支所 コード	預金種目	口座番号				口座名義
2. 長野信用金庫			1. 普通	2. 当座			フリガナ
3. 長野県信用組合	支店 支所	1. 普通 2. 当座					
4. JAながの							
5. JAグリーンながの							

記入内容を再度ご確認の上ご提出ください。

*ご記入いただいた個人情報は貴殿に対する会員サービスのみ利用します

※コピーしてお使いください

共済会記入欄

入会	年 月
----	-----

事由確定日 年 月 日

給付金額

入力	
----	--