**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

**事由証明者（事業所）**

事業所名

代表者名

**請求者（会員）**

会員番号　　　　　　　 　－

会員氏名

　　（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（種類に〇をつけ、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 |  | 受診日 | 　　　年　　　月　　　日から |
| 　　　　　　　 TEL | 　　　　　　　 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回のみの補助とします。

 ※『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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 支店・支所コード支所コード | 　 | 　 | 　 | 預金種目 | 口　座　番　号 | 口　座　名　義 |
| 1. | 八十二銀行 |
| 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 |
| 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に利用します

※コピーしてお使いください

共済会記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 事由確定日 | 　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 給付金額 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 入　会 | 年　　　　月 |

|  |  |
| --- | --- |
| 入　力 | 　 |