

# 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						
4. JAながの							
5. JAグリーンながの							

記入箇所、捺印を再度確認の上、郵送または窓口へ

\*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ために利用します

※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	
----	--