

## 人間ドック・脳ドック検診費補助金 請求書

年 月 日

(公財) 兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

(①+②) 金 円

ただし、人間ドック・脳ドック検診料の補助金を、  
検診費領収書を添えて請求します。

事業所番号		事業所名				
会員欄	会員番号	会員名		生年月日		歳
				S H	年 月 日	
	検診日	年 月 日	検診医療 機関			
	検診費	円 補助金 ① 円				
配偶者欄	会員番号	配偶者名		生年月日		歳
	※ 必須			S H	年 月 日	
	検診日	年 月 日	検診医療 機関			
	検診費	円 補助金 ② 円				

補助金は、既に登録されている事業所の「給付金振込口座」にお振込みを致しますので、事業所からお受け取りください。

## [注意事項等]

## 1 補助対象者（次の条件を全て具備している者に限ります。）

- ① 検診日において、共済事業（ファミリーパック）に加入することを承認されている会員及びその配偶者。
  - ② 検診日において、会員及びその配偶者が満35歳以上であること。
  - ③ 1人1万円以上の検診料金を全額自己負担していること。
  - ④ 請求書に、会員及びその配偶者の個人宛て領収書（原本）を添付していること。
- ※領収書は人間ドック・脳ドック（オプションを含む。）を検診された旨、確認できるものに限る。

## 2 補助対象外

事業所が実施する健康診断、各自治体、その他共済組合等で補助を受けられた人間ドック・脳ドック（オプションを含む。）は補助の対象となりません。※事業所宛ての領収書は不可

## 3 請求書記載注意事項

配偶者のみが請求される場合は、会員番号をご記入ください。※会員と家族会員番号は同じ番号です。（必須）

## 4 請求期限

年 月 日