

## 人間ドック・脳ドック検診費補助金 請求書

対象検診を○で囲む。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(公財) 兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

(①+②) 金 30,000 円

<検診費に対する補助金額>  
①1万円~2万円未満→1万円補助  
②2万円以上→2万円補助

同じ番号を記載する。

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	
1	2	(公財) 兵庫県勤労福祉協会	
3	4		
5	6		
7			
会員欄	会員番号	会員名	生年月日
	2	共済 元気	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	9	(共済) (印)	〇〇 歳
	0		
0	検診日	令和 6 年 4 月 1 日	検診医療機関 A 病院
0	検診費	30,000 円 補助金 ① 20,000 円	
0	0		
0	1		
配偶者欄	会員番号	配偶者名	生年月日
	※必須	共済 花子	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	2	(共済) (印)	〇〇 歳
	9		
0	検診日	令和 7 年 4 月 1 日	検診医療機関 B 検診センター
0	検診費	15,000 円 補助金 ② 10,000 円	
0	0		
0	1		

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。
  - ③1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、協会けんぽ（生活習慣予防検診）、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

2025 年 3 月 31 日（必着）