

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

※補助金請求額をご記入ください。

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						
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						

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、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

2026 年 3 月 31 日（必着）