

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

<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

(①+②) 金 30,000 円

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 3 4 5 6 7		(公財) 兵庫県勤労福祉協会	
会員欄	会員番号	会員名	生年月日
	2 9 0 0 0 0 1	共済 元気 (共済印)	〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇歳
	検診日	令和2年 4月 1日	検診医療機関 A 病院
	検診費	30,000円 補助金① 20,000円	
配偶者欄	会員番号	配偶者名	生年月日
	※必須 2 9 0 0 0 0 1	共済 花子 (共済印)	〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇歳
	検診日	令和3年 2月 1日	検診医療機関 B 検診センター
	検診費	15,000円 補助金② 10,000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。
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

2021年3月31日