

令和
元年度

ファミリーパック「兵庫県中小企業従業員共済事業」

人間ドック・脳ドック検診 補助金請求添付台紙【会員・その配偶者】

<ファミリーパック規定>

- 1 補助対象者 ファミリーパック会員、その配偶者（配偶者登録済みの方に限る。）
- 2 検診期間 2019年 4月 1日 ～ 2020年 3月31日
- 3 請求期間 2019年 4月 1日 ～ 2020年 3月31日（必着）
- 4 添付書類 (1)請求書
(2)領収書原本（レシート不可）
- 5 注意事項 人間ドック検診費又は脳ドック検診費の補助は、1年度間同一人に対してどちらか1回限りです。

<会社・団体規定>

- 1 提出期限 年 月 日
- 2 支給方法
- 3 注意事項 (1)
(2)

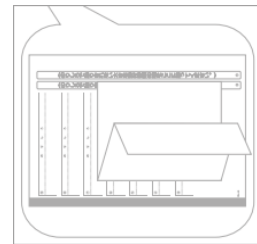
| | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------------------------|------------|
| | | 検診者氏名 ※検診対象者を ○で囲むこと。 | 会 員 配偶者 |
| 人間ドック及びそのオプション | | 脳ドック及びそのオプション | |
| ※人間ドックか脳ドックどちらか対象の補助金額を○で囲むこと。 | | | |
| ■20,000円以上 | 20,000円 | ■10,000円以上 | 10,000円 |
| ■10,000円以上 | 20,000円未満 | 10,000円 | |

領収書(原本)添付欄

のりしろ

貼付前に領収書記載事項の☑チェック！ ※この台紙からはみ出さないよう貼ってください。（折って貼り付け可。）

- ①会員、その配偶者の氏名（個人名宛に発行されたもの。）
- ②人間ドック・脳ドック（オプションを含む。）
- ③検診日
- ④検診費用
- ⑤医療機関名
- ⑥領収書は原本。（レシート不可・事業所宛ての領収書不可。）



※上記項目の内、1つでも記載漏れがある場合は、加えて医療費明細書等も貼り付けてください。

【会社記入欄】

| | |
|------|-------|
| 振込金額 | 処理日 |
| 円 | 年 月 日 |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |