

# 人間ドック・脳ドック受診料助成申請書

申請日 年 月 日

一般社団法人山口県勤労福祉共済会 理事長 様

事業所住所 〒

(個人加入は自宅住所)

事業所名

印

(個人加入は受診者)

事業所番号

又は個人番号

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

下記のとおり、受診料助成金の交付を申請します。

## 記

### 1 申請者 (受診者)

| 氏名 (ふりがな) | 印 | 加入者番号 | 加入の型 |
|-----------|---|-------|------|
|           |   |       | 型    |

●ハートピア共済に1年以上継続加入している方が助成の対象です。

### 2 申請内容 (受診内容)

|           |       |       |   |                              |                                  |
|-----------|-------|-------|---|------------------------------|----------------------------------|
| 生年月日 (年齢) | 昭和 平成 | 年 月 日 | 歳 | ● 1型、2型<br>● 3型、4型<br>● 高齢者型 | 満 40 歳以上<br>満 35 歳以上<br>満 65 歳以上 |
| 受診年月日     | 平成 西暦 | 年 月 日 | ～ | 平成 西暦                        | 年 月 日                            |
| 受診料       | 円     |       |   |                              |                                  |
| 受診医療機関名   |       |       |   |                              |                                  |

### 3 助成額 該当する内容に○をつけてください。

|              | 1型・高型      | 2型         | 3型         | 4型         |
|--------------|------------|------------|------------|------------|
| (ア)日帰り人間ドック  | (ア) 2,000円 | (ア) 3,000円 | (ア) 4,000円 | (ア) 5,000円 |
| (イ)1泊2日人間ドック | (イ) 2,000円 | (イ) 3,000円 | (イ) 6,000円 | (イ) 8,000円 |
| (ウ)脳ドック      | (ウ) 1,000円 | (ウ) 1,000円 | (ウ) 2,000円 | (ウ) 2,000円 |

(注) 助成額が支払額を上回る場合は、支払額分を助成します。

|          |   |    |   |
|----------|---|----|---|
| 4 助成金振込先 | 労働金庫<br>銀行<br>信用金庫<br>口座番号 (普)・(当)<br>No.<br>(ふりがな)<br>口座名義 | 支店 | 5 振り込みのお知らせ<br>(どちらかに○印をつけてください)<br>通知書 1 要<br>2 不要<br>※記入のないものは不要とみなします。 |
|----------|---|----|---|

申請者本人の口座  
事業所の口座のど  
ちらでもかまいま  
せん。

- 6 添付書類チェック欄  「人間ドック」「脳ドック」又は、協会健保の生活習慣予防健診のうち、「一般健診・付加健診」を同時に受診された場合が、助成申請の対象です。  
 ●受診者の氏名・受診医療機関・受診日・受診内容が明記されている「領収書」(写)