

# 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 ● 3型、4型 ● 高齢者型	満 40歳以上 満 35歳以上 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（受診料）を上回る場合は、支払額を上限として助成します。

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

- 6 添付書類チェック欄
- 「人間ドック」「脳ドック」又は、協会けんぽ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 が明記されている受診料の「領収書」(写)