

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

⑩

(個人加入は契約者氏名)

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

(注) 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		年	月	日	～		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 (普)・(当)	支店	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。 ※事業所加入の場合、事業 所に送付します。
(申請者本人の口座 又は、事業所の口座 のいずれかとなります。)	口座番号 No. _____ (ふりがな) _____ 口座名義 _____		

- 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病予防健診のうち、「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 ●受診医療機関名 ●受診日 ●受診内容 が明記されている受診料の「領収書」(写)

一送付先一 〒753-8501 山口市滝町1-1県庁労働政策課内 一般社団法人山口県勤労福祉共済会