

(別紙様式)

令和 年 月 日

公立学校共済組合愛知支部長 殿

所 属 所 コード _____
所 属 所 名 _____
組 合 員 番 号 _____
フリガナ _____
氏 名 _____

人 間 ドック 等 事 業 に 係 る
へき地組合員自己負担金補助申請書

支部が実施する「人間ドック」、「器官別検診(胃がん・女性検診)」又は支部以外が実施する「人間ドック」を受診したので、指定医療機関へ支払った「自己負担金」補助について下記のとおり申請します。

記

- 1 請 求 額 _____ 円
- 2 受 診 年 月 日 令和 年 月 日
- 3 健 診 (検 診) 事 業 名 支部実施の人間ドック・器官別検診(胃がんもしくは女性検診)・
(該当するものに○を付す) 支部以外実施の人間ドック
- 4 受診した指定健診(検診)機関 _____
- 5 振 込 口 座 給付金等振込口座

- ※1. 支払済の個人負担金に係る領収書(原本)を裏面に貼付し、郵送等により支部へ提出してください。(電子申請は不可)
2. 互助会事業「カフェテリアプラン」との併用申請は不可とします。
3. 自己負担金が3,000円未満の場合は、当該自己負担金を補助金額とし、差額は返金しません。
4. 申請期限は、当該実施年度の2月5日【必着】です。(1月末日までに受診すること)
5. 郵送で提出してください。(FAX 不可)

【送付先】 〒460-8534 名古屋市中区三の丸3-1-2(愛知県教育委員会福利課内)
公立学校共済組合愛知支部 厚生グループ

領収書(原本)添付