

島しょ健康管理支援補助申請書

公立学校共済組合東京支部長殿

下記のとおり申請します。

年 月 日

申請者	住 所					
	ふりがな					
	組合員氏名	(歳)				
	組合員番号					
	所属名	電話番号				
補助対象者氏名 ※1		☐ 組合員本人 ☐ 組合員の被扶養者 : 氏名 (歳) (続柄)				
申請事由	事 由 ※1	☐ 人間ドック受診 ☐ 人間ドック再検査 ☐ ドック以外の健康管理事業 ☐ 特定健康診査等受診 ☐ 医師の指示による島外での診療 ☐ 島内に診療科目の医師がいないため				
	事由年月日	年 月 日	* 治癒していない同一疾病での申請の場合最初の診療日 ※2			年 月 日
	受診医療機関または健康管理事業名					
	付添者の有無	無 ・ 有※3 ⇒	付添者氏名		補助対象者との続柄 ()	
補助額	交通機関往路利用年月日		交通機関復路利用年月日		交通費実費計 ウ (ア+イ)	申請額 エ (ウ÷2) 100円未満の端数は切捨て
	年 月 日		年 月 日			
	往路交通費 ア	円	復路交通費 イ	円	円	円
	備考					
	* 交通費は、補助対象者と付添者の分を合計したもので、添付する領収書の額を記入してください。 * 確定申告等のため領収書返却を希望する場合は、右欄にチェックをしてください。 * 領収書返却希望 ☐					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所名 所属所長・職・氏名 (公印省略)					事務取扱者氏名	
送金先	銀 行	口座の種別 ※1		☐ 普通預金 ☐ 当座預金		
	信用金庫	口座番号				
	信用組合	フリガナ				
	支 店 出張所	口座名義				
【提出先及び問合せ先】 公立学校共済組合東京支部 〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1 教育庁福利厚生部福利厚生課厚生事業担当 電話03-5320-6821				審査	受付	

※1 補助対象者、事由、口座の種別の口欄は該当部分に☑を付けてください。
※2 医師の意見書は、1要件ごとに添付してください。ただし、治癒されない同一疾病で複数回の診療が必要な場合、最初の申請に添付された意見書の日付から1年以内に限り、省略することができます。
※3 付添者の有無については、意見書に明記してください。
* 補助は年度内同一の補助対象者1人に対し5回までです。5回を超えた場合または要件を満たさない場合は補助できません。
* 申請書及び添付書類により審査の上、決定を行い、指定した口座に振り込みます。不支給の場合は申請者に通知します。