

										No.		
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 ふりがな 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 ※3				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※2 ⇒		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										事務取扱者氏名		
所属所名 所属所長・職・氏名 (公印省略)												
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		

注
意
事
項

※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。
* 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。