

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 ふりがな (歳) (続柄)
 組合員の被扶養者 : 氏名 (歳) (続柄)

申請事由	事由 ※1	<input type="checkbox"/> 人間ドック受診 <input type="checkbox"/> 人間ドック再検査 <input type="checkbox"/> ドック以外の健康管理事業 <input type="checkbox"/> 特定健康診査等受診 <input type="checkbox"/> 医師の指示による島外での診療 <input type="checkbox"/> 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。 * 事由年月日と往復の交通機関利用日に間隔がある場合は、備考欄にその理由を記載してください。 * 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 <input type="checkbox"/>			

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	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 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。