

# 令和6年4月1日以降に受診した場合に使用してください。

別記様式 17 (注意) 記入にあたっては必ず裏面を参照してください。この補助金は現職会員本人のみが対象です。

050		人間ドック補助金請求書				
請求		一般財団法人北海道公立学校教職員互助会理事 様 請求金額 <b>3,000</b> 円を <b>一律3,000円</b> で金してください。		令和6年5月12日		
請求		現職会員番号 <b>123456</b>	会員氏名 フリガナ <b>ゴジョ タロウ</b> <b>互助 太郎</b>	生年月日 <b>昭和</b> 55年5月1日 平成	所属所名 <b>札幌市立 互助会小学校</b> 学校	
請求		自宅住所 〒060-8560 <b>札幌市中央区北1条西6丁目2番地</b>		電話番号(日中の連絡先) <b>011-211-6073</b>		
		〒060-8560		現職会員死亡による遺族の請求のみ記入(押印要) フリガナ 会員との続柄 印		
医療機関名		受診年月日(1泊2日の方は1日目の日付)		注意事項		
<b>互助クリニック</b>		<b>令和6年5月1日</b>		受診年度4月1日現在、満35歳以上の方が対象です		
事業主体等(該当に○印)		令和6年4月1日以降に受診した場合の領収書・証明について(該当に○印)				
<input checked="" type="radio"/> 1. 公立学校共済組合		<input checked="" type="radio"/> 医療機関の証明を受けて提出				
<input type="radio"/> 2. 教育関係団体		<input type="radio"/> 医療機関の領収書(写し)を添付				
<input type="radio"/> 3. 個人受診(1.2以外) 受診日令和6年4月1日以降対象		※領収書を添付する場合、医療機関の証明は省略できます。(裏面注意事項3・4参照)				
他からの補助(必ずどちらかに○印をつけてください。)						
<input checked="" type="radio"/> 支払後に他からの補助はありません。→0円 <input type="radio"/> 支払後に他からの補助があります。→ 円						
医療機関の証明		受診者氏名	受診年月日 令和 年 月 日 ~ 日			
		人間ドック検査料(支払額)	円	内	人間ドック自己負担分 円	
		上記のとおり証明し	この欄は、医療機関の証明を受けた方のみ使用する欄です。 領収書を添付して提出される方は、ここには何も記入しないでください。			
		所在地名称	印			
*人間ドック(総合身体検査)が補助の対象となり、部位別ドック、オプション検査、PET等のみの検査、一般検診(婦人科検診、肺がん検診等)及び保険診療適用の検査は補助の対象となりません。証明等の手数料(文書料)等は含めないでください。						
送金口座		金融機関名	金融機関コード(4桁)	支店名	店舗コード(3桁)	ゆうちょ銀行を指定する場合は、記号番号も記入してください。
		<b>ゆうちょ銀行</b>	<b>9900</b>	<b>〇一二支店</b>	<b>012</b>	記号 番号 <b>12345 1234567</b>
		口座番号(7桁)	口座名義(カタカナで記入)		※口座名義は会員(遺族が請求する場合は、請求者)名義であること。 ※送金口座は普通預金口座に限ります。	
		<b>1234567</b>	<b>ゴジョ タロウ</b>			
互助会受付印		ゆうちょ銀行をご指定の場合は、通帳をご確認の上、この欄に記号・番号を記入してください。				
「会員(請求者)の名義」の「普通預金口座」をご記入ください。(配偶者や被扶養者名義の口座には送金できません)						

請求書の送付先 (一財)北海道公立学校教職員互助会

〒060-8560 札幌市中央区北1条西6丁目2番地 損保ジャパン札幌ビル5階  
☎(011)211-6073(給付貸付グループ直通) R6.4