

別記様式 18 (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。

0	6	1	検査料の一部として自己負担額の1/2を乗じて得た金額を補助します。(100円未満は切り捨てし、10,000円を補助の上限とします。)		令和6年5月12日
請求金額 <b>6,000</b> 円を請求			所属所名		札幌市立 互助会小学校 学校
現職会員番号		会員氏名	生年月日	所属所名	
123456		フリガナ <b>ゴジョ タロウ</b> 互助 太郎	昭和43年5月1日	札幌市立 互助会小学校 学校	
自宅住所			電話番号(日中の連絡先)		
〒060-8560 札幌市中央区北1条西6丁目2番地			011-211-6073		
医療機関名			受診年月日	実施機関等(該当に○印)	
互助クリニック			令和6年5月1日	<input type="radio"/> 1 公立学校共済組合 <input type="radio"/> 2 自治体(市区町村等)	
領収書・証明について(該当に○印)					
○ 医療機関の証明を受けて提出 医療機関の領収書(写し)を添付					
※領収書を添付する場合、医療機関の証明は省略できます					
例) 脳ドック検査料が22,000円で、市町村から10,000円の補助がある場合 脳ドック 22,000円 市町村からの補助 △10,000円 差し引き額 12,000円←この額が個人負担額です。 個人負担額12,000円から1/2を乗じて得た額の6,000円が請求金額になります。					
① 検査料金(支払額) <b>22,000</b> 円 共済組合実施の脳ドックを受診した方 領収書に記載される脳ドック検査料はすでに共済組合からの補助額分が引かれた金額です。					
② 他からの補助(必ずどちらかに○印をつけてください。) <input type="checkbox"/> 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。→ <b>10,000</b> 円					
③ 個人負担額(①-②) <b>12,000</b> 円					
④ 請求金額(③×1/2) <b>6,000</b> 円 (請求上限額10,000円、100円未満切り捨て) *④の金額が10,000円を超えた場合、請求金額は10,000円となります。					
受診者氏名			受診年月日		
脳ドック検査料(MRI及びMRA検査を含む。頭部CT検査は除く。) 円(消費税込)			令和 年 月 日		
内訳			脳ドック自己負担分 円 その他オプション料金 円		
上記のとおり証明( ) 所在地 <b>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。</b> <input type="checkbox"/>			年 月 日		
*脳ドック検査料には、MRI検査及びMRA検査のいずれも含む金額を記入してください。 *MRI検査(又はMRA検査、頸部MRA検査等)のみ単独の検査、頭部CT検査、オプション検査及び保険診療は給付の対象となりませんので、証明に含めないでください。証明等の手数料(文書料)等は含めないでください。					
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。
ゆうちょ銀行		9900	〇一二支店	012	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。	
1234567		ゴジョ タロウ			

互助会受付印

「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)

(一財)北海道公立学校教職員互助会  
札幌市中央区北1条西6丁目2番地 損保ジャパン  
給付貸付グループ直通)

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。