

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			
一般財団法人北海道公立学校		2025年度以前の受診分は3,000円、2026年度以降の受診分は4,000円です。			
請求金額		4,000		円を請求しますので、口座へ送金してください。	
令和8年5月12日					
請	現職会員番号	会員氏名		生年月日	所属所名
	123456	フリガナ ゴジョ タロウ 互助 太郎		昭和 平成 55年5月1日	札幌市立 互助会小学校 学校
求	自宅住所			電話番号(日中の連絡先)	
	〒060-8560			011-211-6073	
	札幌市中央区北1条西6丁目2番地			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	
互助クリニック		(西暦) 2026年5月1日		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 type="radio"/> 1. 公立学校共済組合		<input 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 type="radio"/> 支払後に他からの補助はありません。→0円 <input type="checkbox"/> 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。
	ゆうちょ銀行	9900	二三八支店	238	記号 12345 番号 12345671
	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		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) R8.4