

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		脳ドック補助金請求書					
一般財団法人北海道公立学校教職員互助会理事長 様											
請求金額 _____ 円を請求しますので、口座へ送金してください。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日											
請	現職会員番号		会員氏名			生年月日		所属所名			
			フリガナ			昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日		____ 学校			
	自宅住所					電話番号(日中の連絡先)					
	〒 _____					現職会員死亡による遺族の請求のみ記入(押印要)					
求	フリガナ			会員との続柄			⑩				
	医療機関名			受診年月日			実施機関等(該当に○印)				
				(西暦) 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日			1 公立学校共済組合	2 自治体(市区町村等)	3 所属所(健康保険会員)	4 個人受診(1~3以外)	
領収書・証明について(該当に○印)						注意事項					
医療機関の証明を受けて提出						受診年度4月1日現在、満40歳以上の方が対象です。公立学校共済組合の資格を有する会員は、令和6年4月1日以降に脳ドックを受診したとき、補助します。					
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。(裏面注意事項3・4参照)											
負	① 検査料金(支払額) _____ 円(消費税込)										
	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="checkbox"/> 支払後に他からの補助があります。→ _____ 円										
	③ 個人負担額(①-②) _____ 円										
担	④ 請求金額(③ × 1/2) _____ 円(請求上限額15,000円、100円未満切り捨て)										
	※2025年度以前の受診分は10,000円を上限額とします。										
額	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。)					令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日					
	円(消費税込)					内 脳ドック自己負担分 _____ 円					
	上記のとおり証明します。(保険診療は除く。)					訳 その他オプション料金 _____ 円					
医	所在地					令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日					
	名称					⑩					
	*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。										
送	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。		
									記号 _____ 番号 _____		
	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。				
金							※送金口座は普通預金口座に限ります。				
口											
座											

互助会受付印

整理番号

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

担当

注意事項

1 現職会員(毎年4月1日現在、満40歳以上の方)が脳ドックを受診したとき、その検査料の一部として自己負担額の1/2を乗じて得た額を補助します。ただし、100円未満は切り捨てし、15,000円を補助の上限とします。(2025年度以前の受診分は10,000円を補助の上限とします。) 検査料の一部(又は全部)が他からの補助又は給付等の方法により支払われた場合はその分を除きます。

※脳ドックとは、MRI検査(脳の断層撮影)、MRA検査(脳の血管撮影)等を主に行う頭部検査をいい、検査料にはMRI検査及びMRA検査いずれも含むものとします。

2 補助の対象は、年度内1人1回で日本国内の医療機関の受診とします。

3 医療機関の証明又は領収書(受診者氏名、医療機関名、受診年月日、検査名(脳ドック検査)、検査料を記載したものの。)の写しを添付して下さい。明細書がある場合は、明細書も添付して下さい。**クレジットカードの控えは受付できません。**また、脳ドック宿泊プランを利用した場合の宿泊施設の領収書は受付できません。

4 領収書(写し)について

① 領収書に受診者氏名(フルネーム)の記載がない場合(例:レシート等)～次の(ア)～(ウ)のいずれかの方法で請求して下さい。証明や領収書再発行等の手数料が有料になる場合があります。その費用は補助の対象となりませんのでご注意ください。

(ア) 医療機関で受診者氏名(フルネーム)を記入し領収印が押印された領収書

(イ) 必要事項が記入され、再発行された領収書

(ウ) 医療機関の証明

② 領収書に脳ドックの記載がない場合(例:検診料等)～明細書、脳ドック受診結果表、公立学校共済組合からの受診決定通知書の写し等、脳ドックを受診したことがわかる書類(写し)を併せて添付して下さい。

5 補助の対象にならないもの

- ・ MRI検査(又はMRA検査、頸部MRA検査)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適用の検査等
- ・ 再任用職員や被扶養者等、現職会員以外の方の受診
- ・ 受診するための交通費、宿泊費等
- ・ 証明や領収書再発行等の手数料

※公立学校共済組合の資格を有する会員は、令和6年4月1日以降に脳ドックを受診したとき、補助します。

令和6年3月31日までは、公立学校共済組合と共催して実施する脳ドックで検査料の一部を負担していたため、補助の対象となりません。

送金口座

1 送金口座は、会員(遺族が請求する場合は、請求者)名義の普通預金(貯金を含む。)口座とし、その金融機関名と本・支店名、口座番号、金融機関コード及び店舗コードを記入して下さい。

なお、金融機関コードが不明の場合は記入不要です。

2 ゆうちょ銀行を指定する場合は、通帳の銀行使用欄の「他金融機関からの振込の受取口座として利用する際は、次の内容をご指定ください【店名】【店番】【預金種目】【口座番号】」に記載されている【店名】【店番】【口座番号】を記入して下さい。記載がない場合は、ゆうちょ銀行にお問い合わせください。

また、送金口座右側の欄に記号番号も記入して下さい。