

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。

061		脳ドック補助金請求書			
請	一般財団法人北海道公立学校教 請求金額 <b>6,000</b> 円を請	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。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。)			
	現職会員番号 <b>123456</b>	フリガナ <b>ゴジョ タロウ</b> <b>互助 太郎</b>	昭和43年5月1日	札幌市立 <b>互助会小学校</b> 学校	
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>		
			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 _____ ⑩		
医療機関名 <b>互助クリニック</b>		受診年月日 (西暦) <b>2026年5月1日</b>	実施機関等(該当に○印)		
			<input type="radio"/> 1 公立学校共済組合 <input type="radio"/> 2 自治体(市区町村等) <input type="radio"/> 3 所属所(健康保険会員) <input type="radio"/> 4 個人受診(1~3以外)		
領収書・証明について(該当)		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			
<input type="radio"/> 医療機関の証明を受けて提出		脳ドック 22,000円			
<input type="radio"/> 医療機関の領収書(写し)を添付		市町村からの補助 △10,000円			
※領収書を添付する場合、医療機関の証明は省略でき		差し引き額 12,000円←この額が個人負担額です。			
負 担 額	① 検査料金(支払額) <b>22,000</b> 円	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。			
	② 他からの補助(必ずどちらかに○印をつけ <input type="checkbox"/> 支払後に他からの補助はありません。→0円 <input checked="" type="radio"/> 支払後に他からの補助があります。→ <b>10,000</b> 円	共済組合実施の脳ドックを受診した方 領収書に記載されてい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。			
	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	(2025年度以前の受診分は上限額10,000円、2026年度以降の受診分は上限額15,000円、100円未満切り捨て)			
医 療 機 関 の 証 明	受診者氏名	受診年月日 令和 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)	内 訳	脳ドック自己負担分 円 その他オプション料金 円		
送 金 口 座	金融機関名 <b>ゆうちょ銀行</b>	金融機関 コード(4桁) <b>9900</b>	支店名 <b>二三八支店</b>	店舗コード (3桁) <b>238</b>	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。
	口座番号(7桁) <b>1234567</b>	口座名義(カタカナで記入) <b>ゴジョ タロウ</b>	※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。		

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  
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。