

一般財団法人 三鷹市勤労者福祉サービスセンター  
人間ドック受診補助金交付申請書・請求書



三鷹市勤労者福祉サービスセンター 御中

令和 年 月 日

|      |   |
|------|---|
| 事業所名 |   |
| 自宅住所 |   |
| 会員氏名 | ① |

|      |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 会員番号 | — |   |   |   |   |   |   |
| 電話番号 |   |   |   |   |   |   |   |
| 請求金額 | 百 | + | 万 | 千 | 百 | + | 円 |

請求金額を訂正した場合は無効になります

| 月日   | 名称  | 数量    | 単位            | 単価   | 金額                   |
|------|---|-------|---------------|------|----------------------|
|      | 人間ドック 受診補助  |       |               |      |                      |
|      |   |       |               |      |                      |
| 受取方法 | 1. 窓 <input type="checkbox"/><br>2. 口座振込 <input type="checkbox"/> | 普通・当座 | 三勤福第 号        | 小計   |                      |
|      | 銀行・農協<br>信金・信組  | 店     | 令和 年 月 日 ①    | 台帳登記 | ①<br>印鑑照合及び<br>代理権査了 |
|      | 口座番号 _____<br>フリガナ _____<br>口座名義人 _____                           |       | 検査 令和 年 月 日 ① |      |                      |

(注)  
請求金額は所定の枠内にアラビア数字で記入し、その頭書に¥をつけてください。金額を訂正すると無効になります。口座振込を希望される場合は、左の欄に銀行名等を記入してください。

◎ 申請内容

|          |             |
|----------|-------------|
| 受診年月日    | 平成・令和 年 月 日 |
| 実施医療機関等名 | 所在地         |
|          | 名称          |

◎ 受診した会員の氏名

| No. | 会員番号           | 会員氏名 | 備考  | No. | 会員番号 | 会員氏名 | 備考 |
|-----|----------------|------|-----|-----|------|------|----|
| 1   | —              |      |     | 5   | —    |      |    |
| 2   | —              |      |     | 6   | —    |      |    |
| 3   | —              |      |     | 7   | —    |      |    |
| 4   | —              |      |     | 8   | —    |      |    |
| 合計  | 1人あたりの補助金額     | 人数   | 申請額 |     | 入力   | 受付   |    |
|     | ※注8<br>5,000 円 | 名    | 円   |     |      |      |    |

- 注1. サービスセンターの会員は、1年度に1回、人間ドック受診補助を受けることができます。
- 注2. 申請できるのは、加入期間が1年以上で満35歳以上の会員の方です。
- 注3. 補助の対象となるのは会員本人のみです。ご家族は対象になりません。
- 注4. 全国どこの医療機関で受診しても補助が受けられます。
- 注5. 日帰り受診、1泊受診、どちらの場合でも申請できます。
- 注6. 政府管掌健康保険、国民健康保険、健保組合の補助と重複して申請できます。
- 注7. 受診した医療機関の領収書（写でも可）を添付してください。
- 注8. 受診料（個人負担分）が5,000円に満たない場合、実費のみの補助となります。
- 注9. 申請できる期間は、受診後1年間です。
- 注10. 会費の未納があるときは補助金の支払いを停止いたします。

ご記入いただいた個人情報はパソコン上に登録し、給付・補助の管理及び統計に利用させていただきます。それ以外の目的に使用することはありません。

## 人間ドック等利用補助金

人間ドック等健診（脳ドック、PET等、生活習慣病健診を含むドック系の健診）で実費負担3,000円以上に対し、1年度（4月～翌年3月）に1回、人間ドック等利用補助金を支給します。補助金額は、上限の5,000円以内で下表の負担区分による補助額となります。

### 【金額】

| 健診料金(実費負担額)      | 補助額    |
|------------------|--------|
| 3,000～10,000円    | 2,000円 |
| 10,000円超～15,000円 | 3,000円 |
| 15,000円超～        | 5,000円 |

加入している健康保険が適用された場合及び労働安全衛生法に定められた定期健康診断は除きます。

### 【添付書類】

ア 本人もしくは事業所あての領収書等【必須】

\* 受診者・費用負担者・受診金額・受診日・医療機関名・受診内容（人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・PET 検診等）の記載があるもの

イ アの領収書等で必要事項の記載がない場合は、下記書類から1点

①個人検査結果票の写し

②人間ドック等受診確認書

（下記の確認書に本人署名）

申請時のお願い

\* 労働安全衛生規則第44条の検査項目（既往症及び業務歴の調査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、身長・体重・胸囲・視力及び聴力の検査、胸部エックス線検査及び喀痰検査\*、血圧の測定、貧血検査\*、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査\*、尿検査、心電図検査\*）以上を受診していることが必須条件となります。\*国の基準に基づき、医師が必要でないと認める項目は、省略することができます。

\* 個人結果票の写しを提出する場合は、検査結果の数値などプライバシーにかかわる部分は、黒くぬりつぶすなどして隠して提出してください。

\* 治療目的による検査や再検査は、対象とはなりません。

\* 同じ健診において、「人間ドック等利用補助金」と「定期健康診断補助金」の重複申請はできません。

## 人間ドック等受診確認書

このたび、私が受診した人間ドック等利用補助金の申請にあたり、労働安全衛生規則第44条の検査項目を受診したことを確認いたします。

|      |   |      |   |
|------|---|------|---|
| 受診者名 | Ⓜ | 受診者名 | Ⓜ |
| 受診者名 | Ⓜ | 受診者名 | Ⓜ |
| 受診者名 | Ⓜ | 受診者名 | Ⓜ |
| 受診者名 | Ⓜ | 受診者名 | Ⓜ |