

本請求書に領収書を添付して提出してください

2020年度 人間ドック等受検補助金交付請求書

【請求期間：2020年4月1日～2021年3月31日】 【対象：会員本人（家族会員は対象外です）】

記入例

【補助金を請求できる検診】 ➡ 保険適用外の以下の検診（いずれかを○で囲んでください）

人間ドック 脳ドック・肺ドック

単独がん検診 ・ 定期健康診断オプションがん検診

（胃がん、乳がん、子宮がん、肺がん、大腸がん、前立腺がん、肝臓がん、その他）

（※市民検診は対象外です）

以下の項目に必ずお答えください（○で囲んでください）
（すべての項目に「はい」の場合のみ請求できます）

- (1) 健康保険を使っていません・・・・・・・・・・（ はい ・ いいえ ）
- (2) 自治体の補助を受けていません・・・・・・・・・・（ はい ・ いいえ ）
- (3) 領収書に受診者名が記載されています・・・・・・・・・・（ はい ・ いいえ ）
- (4) 領収書に検診名が記載されています・・・・・・・・・・（ はい ・ いいえ ）

三浦半島中小企業勤労者福祉サービスセンター 宛

FAX:046-821-1207

事業所名：△▽□☆株式会社

／請求日：2020年00月00日

請求者氏名：○○ ▼◇

印

／請求者住所：横須賀市☆■▼町00-00-00

① 該当する項目に○印をつけてください。実際に支払った額に応じて補助額がわかります

○印	検診機関に支払った金額	補助額	請求期間・請求回数・必要書類等
	2,000円以上3,000円未満	500円	【請求期間・回数】 年度内1人1回（会員本人のみ）
	3,000円以上5,000円未満	1,000円	
	5,000円以上7,000円未満	1,500円	
	7,000円以上10,000円未満	2,000円	【必要書類】 医療機関の発行する領収書（コピー可） ※複数の検診を受けた場合、同じ領収書であれば合算金額で請求できます。
	10,000円以上20,000円未満	3,000円	
	20,000円以上40,000円未満	4,000円	
<u>○</u>	40,000円以上	5,000円	

② 補助金の受取方法を○で囲んでください

振込 ・ サービスセンターにて受取 ・ 事業所お届け

金融機関名	<u>△△▽</u> <u>銀行</u> ・信金・信組・農協	支店名	<u>横須賀</u> 支店
フリガナ	○○ ▼◇	口座	<u>普通</u> ・ 当座
口座名義	○○ ▼◇	口座番号	00000000

事務局使用欄：

()

(台帳 手続処理 支払い)