

本請求書に領収書を添付して提出してください

# 2022 年度 人間ドック・各種検査受検補助金交付請求書

【請求期間:2022 年 4 月 1 日～2023 年 3 月 31 日】【対象:会員本人(家族会員は対象外です)】

【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 (※市民検診は対象外です)

(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)

▼新型コロナウイルス PCR 検査

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 )※保険適用外のもの

(2)自治体の補助を受けていません……………( はい ・ いいえ )※市民検診は対象外

(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 あて

請求先▶Eメール: hitobito@yipf.jp / FAX:046-821-1207

事業所名:

／請求日: 年 月 日

請求者氏名:

／請求者住所:

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※に応じて補助額がかわります。

○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、請求期間内の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	
	40,000 円以上	5,000 円	

※定期健康診断費用を除きます

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	銀行 ・ 信金 ・ 信組 ・ 農協 ・ その他	支店名	支店
(フリガナ)	フリガナ	口座	普通 ・ 当座
口座名義		口座番号	

事務局使用欄: □台帳 □手続処理 (            —            )	支払(    /    )	確認	受付