

人間ドック等利用助成申請書

令和 年 月 日

公益財団法人仙台ひと・まち交流財団理事長 宛

事業所名		会員番号	—
事業所 代表者名	(押印不要) ※下記 会員本人負担額に相違がないことを認めます。	会員氏名	日中連絡のつく 電話番号 () -

下記のとおり人間ドック等を利用しましたので、領収書を添えて助成金を申請します。

記

1. 健診年月日	令和 年 月 日
2. 健診内容 (該当項目すべてに○)	・ 人間ドック(日帰・1泊) ・ 脳ドック、脳健診 ・ PET 検診/健診 ・ 定期健康診断(項目追加等の自己負担) ※保険診療内の各種検査等は助成対象外です。
3. 受診料 自己負担額	会員本人負担額 : _____ 円 * 領収証記載額との差額 [なし ・ あり (_____ 円)] 差額の負担先 : 事業所 ・ 健康保険組合 ・ その他 (_____)
4. 生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 次年度開始時点での満年齢 平成 _____ (_____ 歳)
5. 受診機関名	
6. 助成方法 (①・②いずれかに○) ※グリーン・パルで申請を 受領した翌月に助成します。	① 事業所口座へ振込 (共済金振込指定口座) ② クオカードの送付 〒 _____ (自宅 ・ 勤務先) 送付先住所 (勤務先の場合) 勤務先名
必要書類	領収証(写) (会員本人の氏名、健診内容が明記されたもの。レシート不可) * 領収証に健診内容の記載がない場合は、健診項目の判る書類を添付してください。

自己負担額	条 件	助成額
8,000 円以上 25,000 円未満	健診を受けた年度末にて 満 35、40、45、50、55、60、65、70 歳に達する方	6,000 円
25,000 円以上 40,000 円未満	毎年申請可	8,000 円
40,000 円以上		

個人情報の取扱について

公益財団法人仙台ひと・まち交流財団では、会員の皆様の個人情報を、福利厚生サービスの提供のみに利用し、それ以外の目的には利用いたしません。