様式第 11 号(コピーしてお使いください。)

人間ドック受診助成金請求書

令和 年 月 日

公益財団法人
郡山市文化・学び振興公社代表理事 様

事業所名 _____

事業所番号 _____

会員番号 _____

会員氏名 _____ ⑩

会員生年月日 _____ (歳)

下記のとおり人間ドック等を受診しましたので、助成金を請求いたします。

記

請求金額							円
受診日	令和	年	月	日	～	令和	年 月 日
受診機関名							
受診内容 (○をつけてください。)	人間ドック・脳ドック・PET・一般健診+付加健診 (40・45・50・55・60・65・70歳)						

- ※ 人間ドック・脳ドック・PET 検査を受診した場合。
- ※ 40、45、50、55、60、65、70歳の方が全国健康保険協会管掌生活習慣予防検診の「一般健診」と併せて「付加健診」を受診した場合。(オプション検査は対象外)
- ※ 会員個人が費用を全額負担した場合が対象となります。この請求書には医療機関が発行した個人あての領収書の写しと受診内容がわかる書類を添付してください。