

沖縄県教職員共済会退職互助部 人間ドック(脳ドック)補助金請求書

一般社団法人 沖縄県教職員共済会理事長 様
下記のとおり請求します。

この欄は記入 しないでください		
地	区	番 号

〔 会 員 記 入 欄 〕

会 員 氏 名	会 員 番 号	会 員 区 分	生 年 月 日 (西 暦)
(印)			1 9

(会 員 の 皆 様 へ)

領収書はコピー可です。

1. 印鑑を必ず押印してください。(認印でも可)
2. 退互部会員・準会員が対象です。(上記「会員区分欄」は退互部会員は「1」、準会員は「2」)
3. 請求期限は受診日から3年です。
4. 人間ドックまたは脳ドックとして受診した検査料金が補助の対象です。
5. 領収書は、左側の「領収書のりづけ欄」に貼付してください。
但し、下記の「医療機関証明」を貰った場合は領収書の添付は必要ありません。

〔 医 療 機 関 記 入 欄 〕

(医 療 機 関 へ の お 願 い)

この補助金請求書は、沖縄県内の教育関係退職者が資金を出し合い、退職後の人間ドックまたは脳ドック受診にかかる費用の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。

ご面倒ですが、人間ドックまたは脳ドックを受診した場合に下記「医療機関証明欄」の記入及び証明をお願いします。

医 療 機 関 証 明 欄

受 診 者 氏 名	
受 診 年 月 日	西 暦 20 年 月 日
領 収 金 額	円

上記の通り人間ドック(脳ドック)を受診したことを証明します。

 年 月 日

住 所

医療機関名

(印)

領収証を添付する場合は、医療機関の証明は不要です。

事 務 局 記 入 欄

ド ッ ク

医 療 機 関 番 号

給 付 額

円

受 付 印

パンチ穴スペース

(ふさがないでください)