

人間ドック補助金請求書

和暦

給付 コード	所 属 名 所 属 コー ド	会 員 氏 名 会 員 番 号 (右 詰 め)	健 診 年 月 日		
			年(和暦)	月	日
0 2	〇〇〇学校	福祉 太郎	〇〇	〇〇	〇〇
	4 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6			

令和7年4月1日改

健 診 実 施 機 関 名

〇 〇 病院

健 診 料 金

19,800 円

領 収 書 貼 付 欄

づ け

★請求期限

給付事由が生じた日から2年間

★給付内容

人間ドック又は脳ドック等の健康診断を受け、1回の支払額が10,000円以上であるときは、1年度につき
いずれか1回、人間ドック補助金を給付します。

★給付額

2,000円

会員番号は職員番号と同じです。
6ケタの方は頭に「0」を付けてください。

- ここに、領収書全面が見えるように貼ってください。(欄からはみ出してしまう場合には裏面に貼ってください。)
- 領収書は、(1)人間ドック等を受けた会員の氏名、(2)健診日、(3)健診実施機関名、(4)人間ドック等健康診断であることが明記された原本(他の助成等で使用する場合はコピーも可)を添付してください。

注 1年度につき、いずれか1回限り補助します。

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

上記のとおり請求します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(一財)栃木県教育福祉振興会 理事長 様

〒 320-0066

住所 宇都宮市駒生〇-〇-〇

氏名 福 祉 太 郎

福祉

振興会記入欄

※ 給付決定額

--	--	--	--	--	--

入力者	点検者	振興会受付印