

⑧ 人間ドック等補助申請書

(公財) 八尾市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 様

下記のとおり、補助金を申請します。

ご記入日： 年 月 日

会員氏名



会員番号

事業所
番号

会員
番号

事業所名

満年齢

歳

★補助申請の対象は、満35歳以上の方(年度内に35歳になる方も含む)に限ります。★申請は年度内でいずれか1回限りです。
★申請者ご本人が検診を受診したこと及び受診日・お支払い金額が分かる書類(コピー可)の添付が必要です。

補助申請内容 (○印)		給付金額	受診機関等 (○印 or ご記入)
人間ドック・脳ドック	健康保険 (下記以外)	指定医療機関 6,000円	・八尾徳洲会総合病院 ・医真会八尾総合病院 ・大野クリニック ・PL病院 ★但し脳ドックは八尾徳洲会総合病院のみ
		上記以外機関円	受診機関名 () 自己負担額 20,000円以上⇒3,500円 20,000円未満⇒2,000円 ※自己負担額まで
国民健康保険 後期高齢者医療保険	指定医療機関	3,000円	・八尾徳洲会総合病院 ・医真会八尾総合病院 ・大野クリニック ・PL病院 ★但し脳ドックは八尾徳洲会総合病院のみ
	上記以外機関	2,000円	受診機関名 ()
生活習慣病予防健診 協会けんぽのみ	一般検診 (満35歳以上75歳未満で +付加検診対象以外の方)	1,000円	・八尾徳洲会総合病院 ・医療生協八尾クリニック ・東朋八尾病院 ・他市医療機関 ()
	一般+付加検診 (年度内に満40・45・50・ 55・60・65・70歳の方)	2,000円	△協会けんぽ被保険者が受診した生活習慣病予防健診のみ (指定外機関での検診、協会けんぽ被保険者以外の方が 受診された検診は、給付の対象外です)

(下欄に☑)

★補助金は、下記の【 本人名義の口座 所属する事業所名義の口座 】へ振込み願います。

金融機関	銀行 信金・信組 農協	支店名	支店
預金種目	普通・当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

※記載内容に相違があった場合は、所定の銀行手数料を差し引いてのご入金となりますのでご注意ください。

(センター使用欄)

処理日	常務理事	事務局長	担当者

受付印

公益財団法人 八尾市中小企業勤労者福祉サービスセンター

◎ご記入いただきました個人情報は、当センターの事業に関する目的のみに利用し、他の目的には一切利用いたしません。