

人間ドック等助成金交付申請書

支 部		分 会		職員番号	
組合員名前				生年月日 (西暦)	年 月 日
申請内容	該当の番号に○をしてください				給 付 額
	1	4月1日時点で34歳以上48歳以下 人間ドック・総合健康診断または類似する検診等			2,000 円
	2	4月1日時点で49歳以上59歳以下 人間ドック・総合健康診断または類似する検診等			5,000 円
	3	4月1日時点で49歳以上59歳以下 人間ドック・総合健康診断または類似する検診等 及び脳ドック			10,000 円
	4	4月1日時点で60歳以上 人間ドック・総合健康診断または類似する検診等 (10,000円未満は実費)			10,000 円 上限 () ()内 実費記入
	5	4月1日時点で60歳以上 人間ドック・総合健康診断または類似する検診等 (10,000円未満は実費)及び脳ドック			15,000 円 上限 () ()内 実費記入
受診年月日	年 月 日				
受診医療機関					
<p>上記のとおり必要事項を記入のうえ、受診医療機関の領収書を添えて、人間ドック等助成金の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">岡山県関係職員労働組合連合執行委員長 殿</p> <p style="text-align: center;">組合員名前 (自署または記名押印)</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">TEL ()</p>					
<p>(注) ・毎月末日≠切翌月20日ごろ個人の労金口座に振り込み。(振込通知なし) ※各自口座を確認してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口座のない場合は現金支給。(給付時に個人宛通知) ・支給は年度内(4月～翌年3月まで)に受診されたものについて1回のみとする。 ・60歳以上の組合員の実費助成については、地方職員共済の実施する人間ドック検査項目に含まれないオプションは対象外とする。 <p>※ 手続きに際して取得した個人情報、個人情報保護法に基づき次のとおり取り扱います。 人間ドック等助成金交付申請書に記載されている個人情報は、給付金支給の適否に関する範囲に限ってのみ利用し、他の目的には利用しません。</p>					