

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ㄨ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。 ・地方職員共済組合の実施する人間ドック、脳ドックまたは岡山県が実施する総合健康診断の 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は、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>					