

# 人間ドック・脳ドック補助申請 申請書送付のご案内

日頃、サービスセンターの運営にご協力をいただき誠にありがとうございます。

お申込みいただきました申請書をお送りいたします。

## ●申請書には、申請の際の注意事項がチェック方式で記載されています。

受診前に必ずご覧ください。

チェックがない場合など、申請を受理できない場合があります。

**申請にあたっての注意事項** ドックを受診する前に必ずお読みください。

- 1 受診日の翌日から3カ月以内に申請してください。
- 2 本人負担額がドックのみで10,000円以上が対象です。  
※がん検診、女性健診などの追加検査は対象外です。
- 3 領収書には「人間ドック」や「脳ドック」など、「ドック」の記載が必要です。
- 4 領収書の宛名は会員個人名をお願いします。  
※受診料を事業所と個人の両方で負担した場合は、それぞれの負担分の領収書を発行してもらい、個人負担分の領収書を添付してください。
- 5 日本赤十字病院でドックを受診した際は、領収書に身体検査料と記載されます。  
会計時に「人間ドック」の記載を依頼してください。
- 6 医療機関の検査項目が変更されたり、同じ検査項目を受けてもドックと認められない場合がある場合がございます。
- 7 健康保険が適用される検査や治療代は補助の対象外です。

〒420-0837

静岡県葵区日出町2番地の1 田中産商第一生命共同ビルディング7階  
公益財団法人静岡県勤労者福祉サービスセンター(ジョイブ静岡)

TEL 054-251-2318 FAX 054-254-2213

人間ドック・脳ドック補助事業補助金交付申請書

年 月 日

〈あて先〉

公益財団法人静岡市勤労者福祉サービスセンター理事長

会員番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

郵便番号

電話番号 ( ) -

会員住所 \_\_\_\_\_

会員氏名 (自署) \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

※必ず会員ご本人がご記入ください。

公益財団法人静岡市勤労者福祉サービスセンター人間ドック・脳ドック補助事業実施要綱により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1 補助金申請額 5,000円

下記の事項を必ず確認してチェック☑してから、領収書の原本をまたはコピーを添付してジョイブ静岡にご提出ください。

チェック欄

- 領収書のただし書きに人間ドック、脳ドックなど「ドック」の記載があります。
- 本人負担額（会員の支払額）が 10,000 円以上です。
- 領収書は会員本人の宛名です。
- この申請書の提出日は、受診日の翌日から 3 箇月以内です。
- 領収書の原本またはそのコピーを添付しました。

※健康保険が適用される検査や治療代は補助の対象外です。