様式退第１４号

検(健)診・ドック補助金請求書

下記のとおり請求します。

退職組合員番号					区分	受診者氏名	生年月日
					１　組合員		明治 大正　　年　　月　　日 昭和
					２　加入配偶者		

医療機関領収欄

検(健)診・ドック種類

１　人間ドック（日帰り）
２　人間ドック（一泊二日）
３　人間ドック（二泊三日）
４　人間ドック（二日通院）
５　脳ドック
８　検(健)診　例：乳がん、大腸がん検診など
９　予防接種　例：インフルエンザなど

該当番号を下欄にご記入ください。

〔医療機関へのお願い〕

この請求書は、長崎県の教職員関係者が資金を拠出し合い、退職後の健康管理のため、検（健）診・ドック等を受診した際の自己負担分について補完給付を受けるためのものです。

大変お手数ですが、上記受診者の領収について、下記にご記入をお願いいたします。

なお、上記受診者欄が未記入の場合、受診者に記入してもらうよう依頼をお願いいたします。

該当番号	該当番号8・9の場合は、以下に検診内容を記入	受診年月日 ※西暦・和暦どちらも可	領収金額	給付額 （互助組合記入欄）
		年　月　日	円	円
		年　月　日	円	円
		年　月　日	円	円
		年　月　日	円	円
		年　月　日	円	円

※医療機関に証明してもらう場合は、この枠内に医療機関の記入・押印が必要です。

年　　月　　日

医療機関名

(所　在　地)

(電話番号)

印

※　医療機関に証明してもらう場合は、受診者氏名を記入の上、医療機関に依頼してください。
※　領収証を発行してもらった場合は、医療機関領収欄は請求者自身で記入してください。
　　また、領収証は裏面に糊づけするか、クリップ留めしてください。
　　なお、領収証に検（健）診内容が記載されていない場合は、付記してもらうか明細書を添付してください。