

事務局長	課長	課員

人間ドック等助成金請求書

所属所名		※決定額					
			円				
会員記号番号		会員氏名					
人間ドック等受診に関する事項	受診者氏名						
	受診機関名						
	受診日	令和	年	月	日	～	月
上記のとおり請求いたします。							
令和				年	月	日	
住所							
氏名							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
一般財団法人香川縣市町村職員互助会 理事長 様							
令和				年	月	日	
職名							
所属所長							
氏名							

- ※欄は記入しないでください。
- 会員（受診する年の4月1日において34歳以上である者に限る。）が、香川縣市町村職員共済組合人間ドック等利用規則第3条の2第1項に規定する人間ドック等、公立学校共済組合香川支部における「人間ドック」実施要領に規定する検査又はこれらに相当する検査を全額自己負担で受診した場合に請求してください。
- 受診機関が発行した氏名、金額、日付等の内訳が明記された領収書の写し（レシートは不可）を添付してください。