

FAX不可

20 年 月 日

公益財団法人 東大阪市産業創造勤労者支援機構

ゆとりーと共済

健康管理事業助成金請求書

(公財) 東大阪市産業創造勤労者支援機構理事長 宛

下記の医療機関で健診等を受診いたしましたので領収書（写）を添えて助成金を請求します。
なお、事業主を代理人と定め助成金の受領を委任しますので事業所指定口座にお振込ください。

申請者（受診者）

会員番号	—	会員氏名	⑩
生年月日	年 月 日	受診時年齢 満 歳	日中の連絡先

事業主証明

事業所名	代表者名	⑩
------	------	---

医療機関名	
受 診 日	20 年 月 日
本人負担額	円

助成対象健診	対象年齢	本人負担額	助成額	該当欄に○
一般健康診断 生活習慣予防健診 人間ドック	35歳未満	一律	1,000円	
	35歳以上	5,000円未満	1,000円	
		5,000円以上10,000円未満	3,000円	
		10,000円以上20,000円未満	5,000円	
		20,000円以上	10,000円	
遠隔検診			1,000円	

- 申請期限は受診日より**3年以内**です。（ただし2024年3月以前の受診分は2年以内）
- 申請は年度内1回限りです。（支払日ベース）
- 会員の負担額が助成金額未満の場合は負担額が上限です。
- 申請するときは**必ず受診内容（人間ドックなど）が記載されたご本人名義の領収書**（コピー可）を添付し裏面のりで貼って下さい。**事業所名義の領収書は受付不可**です。
- 締日は毎月25日となります。

CHECK 提出前にご確認頂き✓を入れてください。 ☐ 記入漏れ、捺印漏れはありませんか？

- ☐ 領収書は会員本人名義になっていますか？
- ☐ 領収書に受診内容が記載されていますか？
- ☐ 請求は個人負担分のみとなっていますか？（事業所負担分は対象外）

受付印