

人間ドックオプション受検料補助申請書

名古屋国税では、組合員の皆さんが人間ドックを受検される際、より精度の高い検査をリーズナブルに受検することができるよう従来からドックオプション受検料の補助（最高5,000円まで）を行っています。
是非この機会に、検査補助をご活用いただき、健康管理の一助にしてください。

対象者： 組合員（本人のみ）※ 17-0該当職員（人事院規則で組合加入資格を有していない者）への助成は行っていません。

請求対象： 人間ドック受検の際、本検査とは別に、任意で行う検査（自己負担金額5,000円以上）。

※領収証に「オプション検査」と表示されるもの（自己負担額が5,000円以下の場合は申請できません。）。

※胃部レントゲンから胃カメラへ変更した場合の差額及び婦人科検診料は含みません。

請求方法： 「ドックオプション検査補助金請求書」の必要事項を記載・押印し、「検査名が確認できる領収証の写し」を添付して、局総合庁舎4階本部書記局までご提出（公式LINEに画像を送信または郵送）ください。

なお、ドックオプション検査補助金請求書及び領収証の写しは写真を公式LINEに送信していただくこともできます。

指定された振込口座には、請求があった日の翌月25日ごろに入金されます。

令和 年 月 日

名古屋国税職員労働組合
厚生部長 殿

支 部

氏名 _____ 印 _____
(生年月日 S・H 年 月 日生)

ドックオプション検査受検料金の補助金について、下記のとおり請求いたします。

記

1 検査名等（MR、CT等）

2 受検日時及び受検病院名
(1) 受検日時

年 月 日

(2) 受検病院名等

3 自己負担額

円

(ドックオプション分のみ。検査名が確認できる領収証の写しを請求書に添付する。)

4 補助金請求額

(自己負担額 円 $\times 1/2$) - 2,500円 = 請求額 円
(千円未満切上げ。上限5,000円)

5 振込口座

_____ 銀行・信金・農協 _____ 支店

_____ 預金 _____ 口座番号 _____

(フリガナ)

口座名義 _____