

FAX不可
(届出は郵送または窓口へ)

年 月 日

ふれあう共済
人間ドック受診証明書 (P6参照)

会員記入欄

会 員 氏 名			
受 診 日	日 帰	年 月 日	
	宿 泊	年 月 日 ~	年 月 日
受 診 料 金	円 ※支払額をご記入ください ※受診検査料金15,000円 (税別) 以上		

- 補助対象**
- ・40歳以上の会員または年度内に40歳を迎える会員 (年度内1回まで ※年度: 4月1日～翌年3月31日)
 - ・受診料金が15,000円 (税別) 以上であること
 - ・指定医療機関で受診した補助対象項目の人間ドックであること ※健康診断は対象外

請求期限 受診日 (宿泊受診の場合はその最終日) から1ヵ月以内

請求方法 指定医療機関より記入押印済の「人間ドック受診証明書 (原本)」を P17 掲載「給付・補助金/永年褒賞記念品請求書 (原本)」に添えてふれあう共済事務局へ郵送または持参ください。

以下、指定医療機関記入欄

上記の内容で【人間ドック】を受診したことを証明します。	
年 月 日	
病 院 名	印

※届出は郵送または窓口へ (FAX不可)