

ふれあう共済 人間ドック受診証明書

会員記入欄

会 員 氏 名				
受 診 日	1 日	年	月	日
	2 日	年	月	日 ~ 年 月 日
受 診 料 金	※受診料金（医療機関に支払った金額）を ご記入ください ※受診料金 16,500円（消費税込）以上			

補助対象 下記3要件全てに該当するもの

- ① 40歳以上の会員または年度内に40歳を迎える会員
- ② 受診料金が16,500円（消費税込）以上であること
- ③ 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

・年度内1回まで ※年度：4月1日～翌年3月31日

請求期限 受診日（2日間の場合はその最終日）から2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」を「補助金請求書」に添えてふれあう共済事務局へご提出ください。

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



●オンラインフォーム、FAX、郵送、持参にて届出ください。