

## 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 | 円  | ※受診料金（医療機関に支払った金額）を<br>ご記入ください<br>※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                       | 印 |

●オンラインフォーム、FAX、メール（soumu@fureau.net）、郵送、持参にて届出ください。