

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 ※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2ヵ月以内

請求方法 指定医療期間より記入押印済の「人間ドック受診証明書（原本）」をP15掲載「給付・補助金請求書（原本）」に添えてふれあう共済事務局へ郵送またはご持参ください。

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）