別紙様式

脳ドック検診助成金交付申請書

所属所番号	共済会員番号	所属所名	

共済会員氏名		資格取得年月日	年　月　日
共済会員生年月日	年　月　日	助成対象者	受診年度の4月1日に 45歳になっていることが必要です
受診年月日	年　月　日	検診機関及び医療機関名	
脳ドック検診にかかる自己負担額（請求額）	円	支給決定額	※ 円

上記のとおり、脳ドック検診助成を申請します。

一般財団法人北海道市町村職員福祉協会会長　様

年　月　日

請求者　住　所

氏　名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名

所属所長名

注 1 受診年度の4月1日現在で45歳以上の共済会員が福祉協会の推薦する検診機関及び医療機関にて脳ドック検診を受診したときに支給されます。（年度内に複数回の受診があった場合も、そのうちの1受診のみを助成対象とします。）
※長期組合員、市町村長長期組合員並及び継続長期組合員は対象になりません。

2 請求の際は、**脳ドック検診にかかる自己負担額のわかる領収書等**（コピー可）を添付してください。
※脳ドック検診にかかる自己負担額とは、ご自身で希望された検査にかかる額、互助会等からの補助額などを差し引いた額です。また、北海道市町村職員共済組合が実施する総合健診と併せて受診した場合は、総合健診で定められた自己負担額も差し引いてください。

3 脳ドック検診助成金の請求期限は、検診受診日から2年以内となります。

4 会員への送金は、共済組合登録口座となります。

5 ※印欄は記入しないでください。