



送信面を確認してください

FAX可

FAX 072-223-7557

定期健康診断・人間ドック等補助(個人対象)申請書

年 月 日

(公財)堺市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

下記の医療機関で健診等を受診いたしましたので領収書(写)を添え補助金を申請します。

なお、事業主を代理人と定め、補助金の受領を委任いたしますので、事業所指定口座に振り込んでください。

会員番号						会員氏名		性別	男・女	
生年月日	年	月	日生	受診日年齢	満	歳				
事業所名							携帯電話等連絡 が取れる連絡先			

医療機関名	
受診日	年 月 日
本人負担額	円

※必ず健康診断・人間ドック等を受診したことが確認できる「本人宛の領収書」を添付してください。

補助対象健診	対象年齢	本人負担額	補助額	該当欄に○
定期健康診断 生活習慣病予防検診 人間ドック (国保ドック含む) 脳ドック PET ほか	35歳未満	金額にかかわらず	1,500円	
	35歳以上	10,000円未満	1,500円	
		10,000円以上20,000円未満	3,000円	
		20,000円以上30,000円未満	5,000円	
		30,000円以上	10,000円	

※本人負担額が1,500円を下回る場合は、補助対象外となります。

※35歳未満の会員は、本人負担額にかかわらず補助額は1,500円です。

※ご記入・添付いただいた個人情報は、SCK事業の目的以外には利用いたしません。

確認2	確認1	担当	入力

サービスセンター受付印