



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

平成 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	昭和 平成	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	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
本人負担額	円								

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

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 生活習慣病予防健診 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	

※本人負担額が補助額を下回る場合は、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。

サービスセンター受付印

確認2	確認1	担当	入力