

被災地等へ派遣されている共済組合員及びその被扶養者用  
(年度末現在35歳以上の者が対象。ただし退職派遣者を除く。)

# 人間ドック利用助成金請求書

受付番号
------

所属所名(派遣元)		受診医療機関名	
派遣先名		医療機関住所・電話番号	TEL ( )
組合員証記号番号 (※枝番がある方は枝番もご記入ください)	8桁で記入		(枝番)
	都		
フリガナ 組合員氏名		人間ドックの種別・名称など	
フリガナ 受診者氏名		性別	人間ドックに要した費用 円
受診者が被扶養者のとき 生年月日	昭和 年 月 日	年齢	支給金額 円
派遣年月日 (※派遣中の場合は開始年月日のみ記入)	年 月 日 ~ 年 月 日	支給年月日	令和 年 月 日

●太線枠内を記入してください。

上記のとおり請求します。 東京都職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 (組合員) 氏名 連絡先電話番号 ( ) 勤務・自宅・携帯	
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 (派遣元) 氏名	共済組合受付印
共済事務担当者 (派遣元) 氏名 電話番号 ( )	

### 【注意事項】

- 1 健診機関: 「被災地派遣者用 人間ドック医療機関一覧」参照
- 2 助成金額: 共済組合からの助成は25,000円です。(ただし、窓口支払額が25,000円を下回るときはその金額。)
- 3 窓口支払: 各医療機関ごとに異なります。
- 4 振込日: 毎月5日までに受付・決定したものは、原則として当月25日(土日祝日の場合は翌営業日)に振り込みます。
- 5 振込先: 届出済の組合員の個人口座へ振り込みます。

### 【添付書類】

- 1 人間ドックを受診した医療機関の「領収書」(写)
- 2 1を添付できない場合は、医療機関の発行した人間ドック費用を証明する「証明書」等
- 3 40歳以上の方は、医療機関発行の「健診結果データ」(写)及び「特定健康診査問診票」(別紙)

### 【提出先】

東京都職員共済組合事務局 事業部健康増進課特定健診担当  
〒163-8001新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎