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

●太線枠内を記入してください。

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　都　（枝番）		
		受診年月日	令和　年　月　日
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

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

共済事務担当者
（派遣元）　氏名　電話番号　（　　）

共済組合受付印

【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　都庁第一本庁舎北塔38階