

ふれあう共済 人間ドック受診証明書

会員記入欄

会 員 氏 名			
受 診 日	日 帰	年 月 日	
	宿 泊	年 月 日 ~	年 月 日
受 診 料 金	円 ※受診料金（医療機関に支払った金額）を ご記入ください ※受診料金 15,000円（税別）以上		

補助対象

- ・40歳以上の会員または年度内に40歳を迎える会員
- ・受診料金が15,000円（税別）以上であること
- ・指定医療機関で受診した補助対象項目の人間ドックであること
- ※健康診断は対象外
- ・年度内1回まで ※年度：4月1日～翌3月31日

請求期限

受診日（宿泊受診の場合はその最終日）から2ヵ月以内

請求方法

指定医療機関より記入押印済の「人間ドック受診証明書」を「給付・補助金請求書」に添えてふれあう共済事務局へご提出ください。

以下、指定医療機関記入欄

上記の内容で【人間ドック】を受診したことを証明します。

年 月 日

病 院 名

印

● FAX、メール（PDFを soumu@fureau.net へ）、郵送、持参にて届出ください。