

人間ドック等補助申請書

一般財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 様

下記のとおり申請します。 令和 年 月 日

*太枠内の該当する所を記入
*職員コードは現職団員のみ記入
*新潟市の職員は8桁の番号を記入

ふりがな			生 年 月 日	性別
団 員 氏 名	印		大正 昭和 平成 年 月 日	男 女
職員コード			団員区分	現職団員 継続団員
現 住 所	(〒 -)			
勤 務 先				
日中連絡先	TEL ()		自宅 携帯 勤務先	
受 診 日	令和 年 月 日			
受 診 内 容 (☑をつける)	健 診	☐ 日帰りドック ☐ 1泊2日ドック		
	オ プ シ ョ ン 検 査 (7 種 類)		☐ マンモグラフィ検査	
	☐ 肺がん検診(ヘリカルCT) ☐ C型肝炎検査(HCV抗体) ☐ 乳がん超音波(エコー)検査 ☐ 肺がん検診(喀痰細胞診) ☐ 前立腺検査(PSA) ☐ 子宮頸がん細胞診検査			
受 診 機 関 (☑をつける) ②は施設記号を記入する A~C ④は施設記号を記入する A~I ⑥は機関名を記入する	☐ ①新潟県健康管理協会		A 新潟健診プラザ C 長岡健康管理センター	
	☐ ②新潟県けんこう財団【施設記号】		B 西新潟健診プラザ	
	☐ ③上越医師会 上越地域総合健康管理センター			
☐ ④新潟県労働衛生医学協会【施設記号】		A 新潟健診スクエア F 小出検診センター		
☐ ⑤新潟県保健衛生センター		B プラカ健康増進センター G 新津成人病検診センター		
☐ ⑥上記以外の医療・健診機関〔契約外〕		C 県央健診スクエア H 佐渡検診センター		
機関名【		D 岩室成人病検診センター I アクアレー長岡		
		E 十日町検診センター 健康増進センター		
		】		

※受診機関①~⑤でオプション検査分のみを申請する現職団員と、⑥の方は口座を記入してください。

受 取 金 融 機 関	銀行・信金・信組 労金・農協	フリガナ	
		口座名義人	
	支店 支店番号 ()	口 座 番 号	
受診機関への 支 払 料 金	1. 人間ドック	円	受診後に添付書類と併せて 提出してください。
	2. 個別検査またはオプション検査	円	

記入された個人情報は、個人情報保護規程に基づき財団事業以外には利用いたしません。

財 団 処 理 欄

番 号	送金年月日	贈 与 額
		円

理 事 長	理 事	事 務 長	係	点 検	照 合

受 付 印