

給付種別	3	9	脳ドック補助金請求書										※ 互助組合 受付印	
氏名 個人コード					学校名 学校コード									
請求金額					※ 給付決定金額									
上記金額を下記のとおり請求します。 年 月 日 学 校 名 _____ 請求者 氏 名 _____ (印) (自筆署名の場合、印不要) 一般社団法人 京都府教職員互助組合 理事長 様														
脳ドックについての報告書														
脳ドックを受けた日		年 月 日 (受診時年齢 歳)												
※留意事項 ☐ 年度末年齢が満 50 歳、満 55 歳、定年退職予定の組合員が対象 ☐ 共済組合等の保険者が実施するドック助成事業利用の場合は給付対象外 ※2024 年 4 月 1 日事由発生分より適用														
領収書貼付欄														

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。
▼※印以外はすべてご記入ください。