令和６年度

**人間ドック受診料 補助申請書**

上田勤労者互助会

～はじめにお読みください（□は申請前の☑欄としてご活用ください。）～

１　補助対象者

* 会員様とその配偶者様　　※ いずれの方も一年度内１回まで

２　補助対象期間

* 令和６年４月１日から令和７年３月31日

３　補助金額

* 3,500円

（政府管掌健康保険などで、生活習慣病等の疾病予防とその早期発見のため、労働安全衛生法の定め

により事業者が年一回行わなければならない定期健康診断（一般診断）は受診料補助の対象外です。）

４　提出書類

□ 補助申請書

□　医療機関の領収書の写し（**「ドック」、「人間ドック」など受診内容が明記されている**こと）  
※ **「ドック」、「人間ドック」など**受診内容が明記されていないものは補助対象外です。

５　提出方法

* 郵送　　□　事務局へ持参（丸子産業観光課・真田産業観光課・武石産業観光課可）
* メール　（PDFで社印が鮮明であること）　[u-kinrousya@ueda.ne.jp](mailto:u-kinrousya@ueda.ne.jp)

６　締め切り

* **令和７年４月10日必着（期限厳守）**

提出日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | No. |  | 補助申請額 | 人分  円 |

* 申請者一覧　（適宜、行を追加してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　 名 | | 氏　　　 名 | |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |

◇　医療機関の領収書（写し）を裏面に貼ってご提出ください。

事務局使用欄

確認

確認

確認

**脳ドック受診料 補助申請書**

令和６年度

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上田勤労者互助会

～はじめにお読みください（□は申請前の☑欄としてご活用ください。）～

１　補助対象者

* 会員様とその配偶者様　※ いずれの方も一年度内１回まで

２　補助対象期間

* 令和６年４月１日から令和７年３月31日

３　補助金額

* 3,500円

４　提出書類

□ 補助申請書

□　医療機関の領収書の写し（**「脳ドック」、「ドック」など受診内容が明記されている**こと）  
※ **「脳ドック」、「ドック」など**受診内容が明記されていないものは補助対象外です。

５　提出方法

* 郵送　　□　事務局へ持参（丸子産業観光課・真田産業観光課・武石産業観光課可）
* メール　（PDFで社印が鮮明であること）　[u-kinrousya@ueda.ne.jp](mailto:u-kinrousya@ueda.ne.jp)

６　締め切り

* **令和７年４月10日必着（期限厳守）**

提出日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | No. |  | 補助申請額 | 円 |

* 申請者一覧　（適宜、行を追加してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　 名 | | 氏　　　 名 | |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |

◇　医療機関の領収書（写し）を裏面に貼ってご提出ください。

事務局使用欄

確認

確認

確認

令和６年度

**ＰＥＴ（がん） ドック受診料 補助申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上田勤労者互助会

～はじめにお読みください（□は申請前の☑欄としてご活用ください。）～

１　補助対象者

* 会員様とその配偶者様　※いずれの方も年度内１回まで

２　補助対象期間

* 令和６年４月１日から令和７年３月３１日

３　補助金額

* 3,500円

４　提出書類

□ 補助申請書

□　医療機関の領収書の写し（**「PETドック」、「ドック」など受診内容が明記されている**こと）

５　提出方法

* 郵送　　□　事務局へ持参（丸子産業観光課・真田産業観光課・武石産業観光課可）
* メール（PDFで社印が鮮明であること）　　[u-kinrousya@ueda.ne.jp](mailto:u-kinrousya@ueda.ne.jp)

６　締め切り

* **令和７年４月10日必着（期限厳守）**

提出日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | No. |  | 補助申請額 | 円 |

* 申請者一覧　（適宜、行を追加してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　 名 | | 氏　　　 名 | |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |
|  | 会員(No. 　　　　　) |  | 配偶者 |

◇　医療機関の領収書（写し）を裏面に貼ってご提出ください。

事務局使用欄

確認

確認

確認