|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **花蓮縣政府暨所屬機關學校公教人員**  **健康檢查補助費申請表** | | | | | |
| 機關  名稱 | 花蓮縣政府吉安鄉太昌國民小學 | | | | |
| 姓名 |  | 身分證  統一編號 |  | 性別 |  |
| 出生  年月日 | 民國 年 月 日 | | | | |
| 服務  單位 | □教務處□學輔處□總務處□幼兒園□人事室 | | | | |
| 職稱 |  | 職等 | ※ | | |
| 補助  金額 | 新台幣：參仟伍佰元整 | | | | |
| 檢附  證件 | 健康檢查費用收據正本 | | | | |
| 茲領到  健康檢查補助費用計新台幣參仟伍佰元整。  此據  具領人： （簽名蓋章） | | | | | |
| 中華民國 年 月 日 | | | | | |

說明：

1. 本府暨所屬機關學校編制內40歲（含）以上公教人員，檢查費用以實支金額覈實補助，最高以3,500元為限，二年補助一次。
2. 本案經服務機關學校核定後，請受檢人於辦理健檢完竣7日內檢附健康檢查費用收據正本，向原服務機關學校依支付程序辦理請款核銷。