

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 名	關 稱			
姓	名		性 別	
身 分 證 統 一 編 號				
服 單	務 位			
職	稱		職 等	
補 金	助 額	新台幣：元整		
檢 證	附 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 仟 佰 拾 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。