

局長	課長	係長	係
課長 専決			

「健康管理対策推進事業（がん検診）」助成金請求書

				決定額		
組合員氏名 (事業所集団健診は所属所名)			組合員証記号番号	—		
受診者名(配偶者)			受診者生年月日	年	月 日	
実施年月日	令和 年 月 日		～令和 年 月 日			
受診機関名						
受診者数	人 (うち助成対象者 人)					
健診種別(該当に○)	支払年月日	件数	助成額	(助成限度) 1人当たり	対象年齢	備考
・大腸がん検診		件	円	1,000円	制限なし	
・胃がん検診		件	円	1,000円	40歳以上	
・肺がん検診		件	円	1,000円	40歳以上	
・前立腺がん検診		件	円	1,000円	50歳以上	
・子宮がん検診		件	円	1,000円	制限なし	
・乳がん検診		件	円	1,000円	35歳以上	
・PET検診		件	円	10,000円	35歳以上	
合計(請求金額)		件	円			
上記のとおり、がん検診を受検しましたので、助成金を請求します。						
令和 年 月 日						
鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿						
請求者氏名						
(事業所集団健診は所属所長名)						

事業所集団健診 振込指定口座

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義(カタカナ)
		普通		

※ 組合員の請求の場合は、共済組合登録の給付金等振込口座への振込となります。

【注意事項】 ・ 事業所集団健診での請求の際は、業務委託契約書又は見積書の写し、支払明細、領収書の写しを添付すること。

・ 個人検診での請求の際は、検査費用の領収書(検査種別及び料金内訳を明記のもの)の写しを添付すること。

・ 同一種類のがん検診につきまして、年度内に複数回助成することはできません。

・ 保険診療の検査には助成できません。

・ 支払金額が助成限度に満たないときは、その実費相当額を助成額とします。

・ 対象年齢は、受診日の属する年度の4月1日における年齢となります。

・ 所属所の共済組合事務担当者(総務課、職員課など)を経由して、ご提出ください。