局　長	課　長	係　長	係
課長専決			

記入例（個人検診）

「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）	共済　太郎	組合員証記号番号	999　－　9999
受診者名（配偶者）	共済　花子（本人の場合は空白）	受診者生年月日	S50　年　10　月　20　日
実施年月日	令和　○　年　6 月　10 日～令和　○　年　6 月　10 日		
受診機関名	マリンパレス病院		
受診者数	1 人　（うち助成対象者　1 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	〃	
・前立腺がん検診		件	円	1,000 円	50歳以上	
○ 子宮がん検診	R○.6.10	1 件	1,000 円	2,000 円	制限なし	
○ 乳がん検診	R○.6.10	1 件	1,000 円	5,000 円	35歳以上	
・ＰＥＴ検診		件	円	40,000 円	〃	
合　計（請求金額）		2 件	2,000 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　6　月　15　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）　共済　太郎

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】・事業所集団検診での請求の際は、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日においての年齢となります。
・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。