

| | | | |
|----------|----|----|---|
| 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 | 受診者生年月日 | S50 | 年 | 10 月 20 日 | |
| 実施年月日 | 令和〇〇年 4月 10日～令和〇〇年 4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〇〇.4.10 | 1件 | 1,000円 | 1,000円 | 35歳以上 | |
| ○乳がん検診 | R〇〇.4.10 | 1件 | 1,000円 | 1,000円 | 〃 | |
| ・PET検診 | | 件 | 円 | 10,000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。

令和〇年 5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

共済 太郎

(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。