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）	○○市役所	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　4 月　15 日～令和 ○○ 年　4 月　20 日		
受診機関名			
受診者数	250 人　（うち助成対象者　200 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	R○○.5.10	200 件	200,000 円	1,000 円	制限なし	
・胃がん検診		件	円	1,000 円	〃	
・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	2,000 円	制限なし	
・乳がん検診		件	円	5,000 円	〃	
・ＰＥＴ検診		件	円	40,000 円	35歳以上	
合　　計（請求金額）		200 件	200,000 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　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　　○○市長　市町村長名

（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）
○○銀行	○○支店	普通	9999999	○○シヤクショ

※ 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。

R8.4.1