

局長	課長	係長	係
課長 専決			

「健康管理対策推進事業（ガン検診）」助成金請求書

					決定額			
組合員氏名 <small>(事業所集団健診は所属所名)</small>		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		
・大腸ガン検診		件	円	1,000円	制限なし			
・胃ガン検診		件	円	1,000円	40歳以上			
・肺ガン検診		件	円	1,000円	〃			
・前立腺ガン検診		件	円	1,000円	50歳以上			
・子宮ガン検診		件	円	1,000円	35歳以上			
・乳ガン検診		件	円	1,000円	〃			
・PET検診		件	円	10,000円	〃			
合計(請求金額)		件	円					

上記のとおり、ガン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

印

(事業所集団健診は所属所長名)

上記のとおり、相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿

所属所長名

印

(事業所集団健診は所属所長の証明は必要ありません。)

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。
 - ・同一種類のガン検診につきまして、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。