

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 (ガン検診)」 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	R〇〇. 4. 10	1 件	1,000 円	1,000 円	35歳以上	
○乳ガン検診	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、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
(事業所集団健診は所属所長名)

共済 太郎 印

本人

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 〇〇市長

市町村長名

印

公

(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。