

局長	課長	係長	係
課長 専決			

# 記入例 (事業所集団検診)

## 「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)	〇〇市役所	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	令和〇〇年 4月 15日～令和〇〇年 4月 20日					
受診機関名	マリンパレス病院					
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
○大腸ガン検診	R〇〇. 5. 10	200件	200,000円	1,000円	制限なし	1,500円×250人 (対象200人)
・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)		200件	200,000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 〇〇市長 市町村長名 印

公

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)
〇〇銀行	〇〇支店	普通	9999999	〇〇シヤクショ

※ 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。