

決定 伺	支給額	円	次長	課長	課長補佐	係長	係
	決定年月日	年 月 日					
	支給年月日	年 月 日					

## 前立腺がん検診助成金請求書【被扶養者用】

実施年度	令和 年度
助成金請求額	円
助成金送金区分 (どちらかに○をつけてください)	<input type="checkbox"/> 1 所属所口座一括送金 <input type="checkbox"/> 2 組合員個人口座送金

(5名以上の場合は別紙使用) 受診者名簿	組合員証 記号-番号	組合員氏名	被扶養者氏名	共済組合への請求額
	—			
	—			
	—			
	—			
	合計		人	円

上記のとおり検診助成金を請求します。

三重県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

所属所長職氏名  
(任意継続組合員氏名)

- ① 助成金の単価は、1,500円(消費税を含む。)を上限とします。
- ② 公費負担額がある場合は、負担額を除いた自己負担額が助成の対象となります。
- ③ 健康保険適用の検査費用は、助成の対象となりません。
- ④ 腫瘍マーカーセット等で受診し、前立腺がん検診の額が不明なものは、助成の対象となりません。
- ⑤ 検診の種類や金額の内訳が記載された領収書(原本)を添付してください。
- ⑥ 任意継続組合員が請求する場合は、所属所長職氏名欄に組合員氏名を記入のうえ提出してください。

