

| | | | | | | | |
|---------|-------|-------|----|----|------|----|---|
| 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【組合員用】

| | |
|---------|-------|
| 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) | 1 所属所口座一括送金 |
| | 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 | 氏 名 | 共済組合への請求額 | 三重県市町職員互助会等 への請求の有無 | |
|-------------------------|---------------|-----|-----------|------------------------|---|
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | — | | | | |
| | 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。 03.4
- 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。
 ※所属所が検診費用を支払った場合、領収書及び請求書の写しに受診した者が確認できる書類(医療機関が作成した名簿等)を添付してください。
 ※財団法人三重県市町村職員互助会へ請求する場合、領収書は写しで可とします。
- 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。

