

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					

胃がん検診助成金請求書

実施年度	平成 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	三重県市町村職員互助会 等への請求額(予定額)
	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

平成 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、3,000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 三重県市町村職員互助会等への請求額(予定額)は、各所属所独自の互助会や共済会を含みます。
- ④ 健康保険適用の検診費用及び共済組合が実施する人間ドックにおいて、胃部X線検査を胃カメラに変更した差額は助成の対象となりません。
- ⑤ 検診項目の記載された医療機関等の領収書を添付してください。
領収書は、財団法人三重県市町村職員互助会へ請求する場合は、写しで可とする。
※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。
- 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し、押印のうえ提出してください

<別紙>

胃 がん 検診受診者名簿

組合員証 記号番号	氏 名	共済組合への請求額	三重県市町村職員互助会等 への請求額(予定額)
合 計	人	円	

※組合員証番号順に記入してください。