決定伺			次　長	課　長	課長補佐	係　長	係
	支　給　額	円					
	決定年月日	年　月　日					
	支給年月日	年　月　日					

婦人がん検診助成金請求書【組合員用】

実　施　年　度	平成　　年度	
受診した検診の件数	乳がん検診	件
	子宮がん検診	件
	合計件数	件
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

受診者名簿（5名以上の場合は別紙使用）

組合員証記号番号	組合員氏名	乳がん		子宮がん	
		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）	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		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）　　印

① 婦人がん検診3,000円（消費税を含む。）を上限とします。
※乳がん検診と子宮がん検診を同時に受けた場合も、それぞれ助成の対象となります。
※乳がん検診（マンモグラフィー）と乳がん検診（エコー）はそれぞれ上限を3，000円とし、同時に受けた場合は6，000円を上限とします。乳がん検診（触診）の単独受診は3，000円を上限とします。
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。
⑦ 平成30年度から共済組合が実施する人間ドックの受診時にオプションで婦人がん検診を受診した場合は、助成後の金額で受診できるため、助成金の請求手続きは必要ありません。ただし、市町のがん検診クーポン券等を使用して受診する場合は、従来どおり、共済組合に助成金の請求が必要です。

＜別紙＞

婦　人　が　ん　検診受診者名簿

組合員証記号番号	氏　　名	乳　が　ん		子　宮　が　ん	
		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）	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		円	

※組合員証番号順に記入してください。