資料１－１

がん検診助成のながれ（所属所請求）

健診機関で各がん検診の実施 → 請求明細書・実施者名簿に記入（様式は共済組合ホームページからもダウンロードできます。） → 請求書と領収証（写）を添付し共済組合に提出 → 確認後、所属所長の口座へ助成金の送金

様式第１号

【共済クラウド対応】

請求単価は2,500円を限度とします。
住民検診において実施した場合の請求単価は本人一部負担額を記入してください。

がん検診助

実施健診機関名	共済クリニック		
検診種別	請求単価（a）（１人当たり）	受診人数（b）	合計（a×b）
子宮がん	2,500円	3人	7,500円
乳がん　マンモグラフィー	1,000円	1人	1,000円
乳がん　視触診＋マンモグラフィー	2,000円	1人	2,000円
乳がん　超音波	2,000円	1人	2,000円
胃がん	2,500円	6人	15,000円
肺がん	2,500円	2人	5,000円
大腸がん	2,500円	5人	12,500円
前立腺がん	2,000円	1人	2,000円
	請求額合計		47,000円

（注１）１人当たりの請求単価（a）は、2,500円を限度とします。
（注２）住民検診において実施した場合、１人当たりの請求単価（a）は、本人一部負担額を記入してください。
（注３）健診機関が発行した請求書及び領収証（いずれも写し可）を添付してください。

上記のとおり請求いたします。

令和　○　年　5　月　21　日

青森県市町村職員共済組合理事長　様

所属所長名　○○市長　●　●　●　●

金融機関名	本・支店名	預金種目	口座番号						
○○銀行	青森支店	普通	1	2	3	4	5	6	7

口座名義

フリガナ　○○シ　カイケイカンリシャ　△△△△

○○市　会計管理者　△　△　△　△

資料１－２

様式第２号

【共済クラウド対応】

子宮・乳・胃・肺・大腸・前立腺がんをそれぞれ分けて提出してください。

がん検診受診者名簿

所属所名　○　○　市

子宮・乳・胃・肺・大腸・前立腺がん検診

組合員等番号	氏　　名	続 柄	組合員等番号	氏　　名	続 柄
123-1	青森　花子	本人			
123-1	青森　共子	母			
123-2	共済　花子	本人			
	合計３名				

証番号順に作成してください。

合計人数は、様式第１号の乳がん合計人数と同数になります。

健　診　機　関　の　証　明　欄

住民検診での実施については、実施市町村長の証明も可とします。

令和 ○ 年 5 月 14 日上記の者はがん検診を受診したことを証明します。

令和 ○ 年 5 月 21 日

住　　所　青森市本町５－１－５

健診機関名　共済クリニック

（注１）この様式は、子宮・乳・胃・肺・大腸・前立腺がんをそれぞれ分けて提出してください。

（注２）健診機関の証明欄は必ず記入してください。（住民検診においては実施市町村長の証明可。）

資料２

～がん検診助成のながれ（個人請求）～

健診機関で各がん検診の受診 → 様式第3号の請求書に記入後、領収証を添付し、各所属所の共済組合担当者に提出（請求書は共済組合ホームページからダウンロードできます。） → 各所属所において取りまとめ共済組合に請求 → 確認後、組合員の給付金等振込口座へ助成金の送金

様式第３号

がん検診助成金請求書

企業コードを記入してください。

組合員氏名	青森　花子	組合員等記号・番号	123（0）・ 456
受診者氏名	青森　花子	組合員との続柄	本　人

請求内訳

種別	請求額	健診機関名	受診月日
子宮がん	2,500円	共済クリニック	4月1日
乳がん	2,000円	〃	〃
胃がん	2,500円	〃	〃
肺がん	円		
大腸がん	円		
前立腺がん	円		
合計	7,000円		

請求金額は各がん検診2,500円を限度とします。

※請求額は各がん検診それぞれ2,500円を限度とします。

腫瘍マーカー（前立腺PSAを除く）・保険診療（診察・治療）による検査等は助成対象外となります。

上記のとおりがん検診を受けたので、助成金を請求します。

令和 ○ 年 5 月 10 日

青森県市町村職員共済組合理事長　様

請求者　所属所名　○○市

組合員氏名　青森花子

領収証の添付箇所

各がん検診の領収証（原本）を添付。（レシート不可）

領収証

氏名　青森 花子　様　　金額　￥3,000円

ただし、子宮がん検診検査費用として

上記のとおり領収いたしました。　令和 ○年5月7日
共済クリニック