

事務局長	事務局次長	参事	課長	副参事	担当 マネージャー	課員	助成金決定額

がん検診助成金請求明細書

実施健診機関名				
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	円	人	円
乳がん	マンモグラフィー	円	人	円
	視触診+マンモグラフィー	円	人	円
	超音波	円	人	円
胃	がん	円	人	円
肺	がん	円	人	円
大腸	がん	円	人	円
前立腺	がん	円	人	円
		請求額合計		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 月 日

青森県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長名 _____

金融機関名	本・支店名	預金種目	口座番号			
口座名義						
フリガナ						

がん検診助成金請求書

組合員氏名		組合員等記号・番号	()・	
受診者氏名		組合員との続柄		
請求内訳	種別	請求額	健診機関名	受診月日
	子宮がん	円		
	乳がん	円		
	胃がん	円		
	肺がん	円		
	大腸がん	円		
	前立腺がん	円		
	合計	円		

※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 月 日

青森県市町村職員共済組合理事長 様

請求者 所属所名 _____

組合員氏名 _____

領収証の添付箇所

レシートは不可

検査内容が分かるものを添付して下さい