

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【被扶養者用】

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	組合員氏名	被扶養者氏名	共済組合への請求額
	—			
	—			
	—			
	—			
	合計			人

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、3,000円(消費税を含む。)を上限とします。 04.4
- 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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提出してください。