

決定同	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					

婦人がん検診助成金請求書【被扶養者用】

実施年度	令和 年度		
受診した検診の件数	乳がん検診（エコー）	件	（※共済使用欄）
	乳がん検診（マンモグラフィ）	件	件
	子宮がん検診	件	件
助成金請求額	円		合計 件
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 記号一番号	組合員氏名	被扶養者氏名	共済組合への請求額		
				乳がんエコー	マンモグラフィ	子宮がん
	—					
	—					
	—					
	—					
	—					
	合計		人	円	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

令和 年 月 日

所属所長職氏名
（任意継続組合員氏名）

- ① 婦人がん検診は3,000円（消費税を含む。）を上限として助成します。 03.4
 ※乳がん検診と子宮がん検診を同時に受けた場合、それぞれ助成の対象となります。
 ※乳がん検診は、マンモグラフィとエコーのそれぞれ上限を3,000円とし、同時に受診した場合は6,000円を上限として助成します。
- 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 健康保険適用の検査費用は、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のうえ提出してください。

