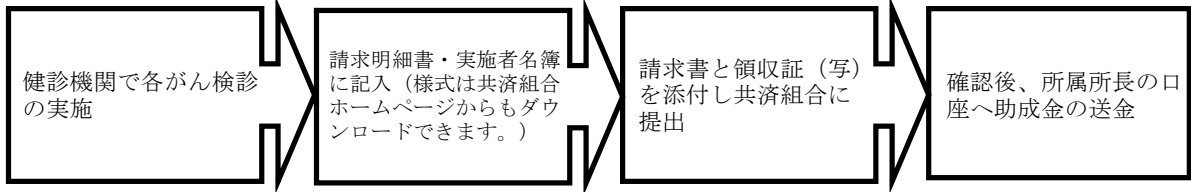


がん検診助成のながれ (所属所請求)



様式第 1 号

## がん検診助成金請求明細書

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。

実施健診機関名		共済組合		
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	1人	1,000円	
	視触診+マンモグラフィ	1人	2,000円	
	超音波	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。

平成 ○○ 年 4 月 21 日

青森県市町村職員共済組合理事長 様

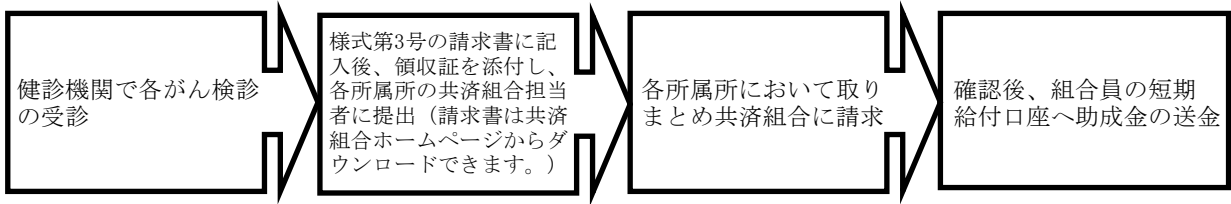
所属所長名 ○○市長 ● ● ● ● 印

必ず押印してください。

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 △ △ △ △									



～がん検診助成のながれ（個人請求）～



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	組合員証記号・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。  
 平成〇〇年 4月 2日  
 青森県市町村職員共済組合理事長 様

必ず押印してください。

請求者 所属所名 〇〇市  
 組合員氏名 青森花子 印

領収証の添付箇所

領収証

氏名 青森太郎様      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。      平成〇〇年4月1日  
 共済クリニック 印

各がん検診の領収証（原本）を添付。（レシート不可）