

## 短期組合員等人間ドック利用助成金等請求書

		助成金等決定額		※		円	
組合員証記号	番 号	組 合 員 氏 名				所 属 所 名	
利 用 者 氏 名		組 合 員 と の 続 柄		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者( )			
利 用 者 生 年 月 日	年 月 日	利 用 時 の 年 齢				歳	
人 間 ド ッ ク 実 施 機 関 名		利 用 年 月 日		年 月 日			
利用区分に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください	<input type="checkbox"/> 1日(胃X線) <input type="checkbox"/> 1日(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 2日通院(胃X線) <input type="checkbox"/> 2日通院(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 1泊2日(胃X線) <input type="checkbox"/> 1泊2日(胃カメラ)						
① ② 又 は ② を 選 択  <input checked="" type="checkbox"/> を記入	<input type="checkbox"/> ① 共済組合届出口座						
	<input type="checkbox"/> ② 共済組合届出口座以外の口座 (※組合員本人名義の口座に限ります)						
	銀行・農協				支店 本所・支所		
	金融機関番号			支店番号			
<input checked="" type="checkbox"/>	口 座 番 号					口座名義人 (組合員名義に限る)	
上記のとおり人間ドックを利用したので、助成金等を請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住所 請求者 氏名							
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 年 月 日 職名 所属所長 氏名							

- (注) 1 この請求書には、実施機関が発行した利用者氏名、利用年月日、検査費用額等が明記された領収書を添付してください。
- 2 検査費用総額から助成金等を差し引いた金額が千円を下回る場合は、千円を一部負担金(自己負担金)とし、助成金額等を減額します。
- 3 様式第1号「質問票兼同意書」を実施機関に提出されていない方は、助成金等を受けることができません。
- 4 人間ドックで検査した項目は、がん検診等補助事業の対象となりません。
- 5 利用者が検査結果により特定保健指導の対象となった時は、必ず保健指導を受けることとします。ただし、人間ドック利用日から3か月以内に組合員資格を喪失する方は、特定保健指導の対象外とします。
- 6 ※印欄は記入しないでください。