

検診費用助成金請求書

所属所名		組合員証番号	
組合員(請求者)氏名			
受診者氏名	□組合員・□被扶養者 (□昭和・□平成 年 月 日生 歳)		
検診の種類	受診年月日	請求金額	受診方法
胃検診	年 月 日	円	□住民検診・□医療機関
子宮検診	年 月 日	円	□住民検診・□医療機関
乳房検診	年 月 日	円	□住民検診・□医療機関
大腸検診	年 月 日	円	□住民検診・□医療機関
肺検診	年 月 日	円	□住民検診・□医療機関
合計金額		円	
上記は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 京都府市町村職員共済組合理事長 様 所属所長職氏名			

□欄は、該当する項目に✓をしてください。

注意事項

- ① 検診の種類ごとに必ず領収書(写)を添付してください。(領収書(写)は、検診の種類、受診日、金額、受診者氏名の確認できるものに限りです。)
- ② 同一年度内に巡回健診または人間ドックにおいて同種の検診を受診した者(受診予定者を含む)、並びに組合員証等を使用した保険診療の場合は、助成対象外となります。
- ③ 疾病の早期発見・早期治療の観点から、本組合でも検診結果を把握することとされていますので、領収書(写)とともに検診結果(写)を本組合あて提出いただきますようお願いいたします。

なお、検診結果(写)をご提出いただいた方につきましては、検診結果において精密検査が必要とされた場合、精密検査の結果について本組合あて報告いただくこととなります。

(裏面へ)

(様式第3号－2裏面)

共済組合助成上限額（消費税込）

胃 検 診	11,000円
子 宮 検 診	9,000円
乳 房 検 診	11,000円
大 腸 検 診	1,100円
肺 検 診	5,000円

本組合が取得する個人情報については、個人情報の保護に関する法令等を遵守するとともに、本組合の保健事業を実施することを目的として利用する以外に利用しません。