（様式第３号－２）

検診費用助成金請求書

所　属　所　名		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ます。）

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）、並びに保険診療により受診した場合は、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していますので、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。