

支出命令書
令和5年度がん検診費用助成金(口座振替)請求書

様式1

(福利厚生共済制度)

命 令	年 月 日	部 長	課 長	係 長	担 当 者					
本書のとおり支出されたい										
会長										
<table border="1" style="margin: auto;"><tr><td style="width: 15%; text-align: center;">金 額</td><td style="width: 65%;"></td></tr></table>		金 額								
金 額										
(金額は記入しないでください)										
施 設	(施設コード) _____		フリガナ	_____						
	施設名		職 員 名	(職員コード) _____						
			(生年月日 年 月 日)							
			(年度末年齢 歳)							
		連絡先	() ※施設以外を希望の方							
検査名 <small>(該当検査の番号に○)</small>	1 乳がん検査 <small>(マンモグラフィ または 超音波)</small>	2 子宮頸がん検査	3 前立腺がん検査 <small>(PSA)</small>	4 大腸がん検査 <small>(内視鏡検査)</small>						
受診日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日						
検診補助利用 <small>(該当に○)</small>	1 自治体補助利用 2 社会保険補助(協会けんぽ等) 3 補助なし									
<table border="1" style="margin: auto;"><tr><td style="width: 25%;">金融機関名</td><td style="width: 25%;">銀行</td><td style="width: 10%;">本店 支店 出張所</td><td style="width: 10%;">口座 番号</td><td style="width: 35%;"></td></tr></table>						金融機関名	銀行	本店 支店 出張所	口座 番号	
金融機関名	銀行	本店 支店 出張所	口座 番号							
上記のとおり請求します。										
				令和 年 月 日						
加入職員氏名				<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">印</td></tr></table>	印					
印										

※記入上の注意

- 金融機関名及び口座番号は、請求者名義の通帳を確認の上、記入してください。
- 右記添付書類のほかに、助成金を振り込む
口座の通帳の写し(金融機関、支店名、口座番号、名義人が記載されたもの)の添付をお願いします。
- 太枠の中を記入してください。

※添付書類(下記のいずれかの書類の原本を請求書に添付してください)

- 検診内容(検診費用)が記載されている領収書
(検診日、検診名、検診費用の明細がそれぞれ記載されているもの)
「診療費請求書兼領収書」、「診療明細書」は検診内容の確認ができないため、受付できません。
- 領収書に検診内容が記載されていない場合は、領収書と「検査実施証明書」(様式2)