

支出命令書
令和3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							
金額							
(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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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			
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						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」は受診内容及び費用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)