

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><tr><td>金 額</td><td></td></tr></table> (金額は記入しないでください)						金 額					
金 額											
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 (該当検査の番号に○)	1 乳がん検査 (マンモグラフィ または 超音波)	2 子宮頸がん検査	3 前立腺がん検査 (PSA)	4 大腸がん検査 (内視鏡検査)							
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 (該当に○)	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><tr><td>金 融 機 関 名</td><td>銀行</td><td>本 店 支 店 出張所</td><td>口座 番号</td><td colspan="2"></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											
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)