

支出命令書
令和6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					
(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	1 乳がん検査 (該当検査の番号に○) (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		
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。					
加入職員氏名				令和 年 月 日	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)