

支出命令書
令和8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	(職員コード)
		生年月日	(S・H 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

※ 検査費用(単体)が1,000円未満の検査は助成対象外です

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

記入上の注意	添付書類
<ol style="list-style-type: none">太枠の中を記入してください。振込先口座は、加入職員名義のものを記入してください。記入の際は、消えないペンをご使用ください。検査を合算して1,000円以上になっても、各検査費用が1,000円未満の場合は、助成の対象外です。	<ol style="list-style-type: none">領収書(原本) 下記①②③の必要事項が記載されているもの<ol style="list-style-type: none">検査日検査名(助成対象となる検査名が記載されているもの)検査費用(助成対象の検査について、検査ごとの費用が記載されているもの)※点数のみが記載された「診療明細」や初・再診費用等、検査費用以外の費用が含まれた「領収書」で、助成対象となる検査費用が記載されていないものは受付できません。 ※領収書に不備がある場合は、様式2「検査実施証明書」を利用してください。(医療機関記入)振込先口座の通帳の写し 金融機関名、支店名、口座番号、名義人が記載されているもの。 キャッシュカードの場合は、金融機関番号、支店番号、名義人が記載された面のコピー。

※ 申請期限：令和9年3月31日(必着)

【事務局記入欄】

乳がん検査(マンモ・エコー)	円
子宮頸がん検査	円
前立腺がん検査	円
大腸がん検査	円