

支出命令書
令和2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 (該当検査に○)	1 乳がん検査	2 子宮頸がん検査	3 前立腺がん検査	4 大腸がん検査						
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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。										
										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)