支 出 命 令 書

2019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） 施設名	フリガナ	
		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 （該当検査に〇）	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 （該当に〇）	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 。

年　月　日

加 入 職 員 氏 名　　印

※記入上の注意

1. 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。
2. 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。**
3. 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）

1. 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。
2. 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）**