検査助成金請求書

- ①所属所で各種検査を集団募集して実施した場合
- ②組合員等が任意の検診機関にて自費で各種検査を受けた場合

「検査助成金請求書」に「各種検査受診者一覧表」を添付のうえ、共済組合に助成金を請求してください。

領収書の添付は不要ですが、所属所の共済事務担当課で、領収書により受診・費用等の 確認をしてください。(注: 医療保険適用及び在住市町村実施の検査は助成対象外です。)

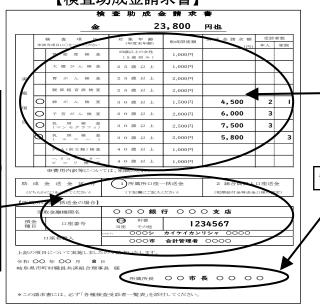
【助成対象となる検査項目及び助成内容】 ※当該年度、各種検査1回のみ助成

検査項目	対象者	対象年齢 (年度末現在)	助成金額
大腸がん(便潜血)検査	組合員 及び 被扶養者	2 5 歳以上	1,000円
肺がん(喀痰)検査	II.	3 0 歳以上	1,500円
子 宮 が ん 検 査	II.	2 0 歳以上	2,000円
胃がん検査	II.	2 5 歳以上	2,000円
腹部超音波検査	II.	2 5 歳以上	2,000円
乳 房 検 査	II	30歳 ①マンモグラフィ 以上 ①②両方受診した場合	2,500円 2,000円 2,500円
骨 密 度 検 査	女性組合員及び女性被扶養者	20歳以上(5歳きざみ)	1,000円
PSA (前立腺特異抗原) 検査	組合員及び被扶養者	4 0 歳以上	1,000円
ヘリコバクター・ピロリ検査	11	4 0 歳以上	1,000円



所属所への一括送金か、組合員個人口座への送金か、選んでください。

所属所一括送金の場合は送金先口座を記入してください。



助成金の請求金額を記入 してください。

助成金請求額は自己負担 額の範囲内で各検査の助 成金額が上限です。

○○市長 ○○ ○○

記名してください。

各種検査受診者一覧表 添付書類【各種検査受診者一覧表】 実施検査項目 乳がん(エコー)検査 組合員 受診者氏名 被柄 年度末 各種檢查受診者一覧表 RO.O.20 △△△医院 ※旅絵表項目肺がん検査 4,400 4,400 ×××クリニック RO.O.9 RO.O.22 ○○○診療所 検査項目ごとに組合員と被扶養者別々に作成し、 組合員証番号順に記入してください。 記名してください。

医療保険適用の検査及び市町村が住民向けに実施するがん検査は助成対象外です。(請求不可) 領収書での確認をお願いします。

田の独査及び在住市市社が住民向けに実施しているがら検診は診成対象ではありません 項目)ごとに「組合員」と「被対乗者」を別かに作成し、距离弁側に記入してください はかず値収数で搭載してください。 確以は事業主及び互助治等の負担がある場合に記入してください。 職は自己負担限での範囲内で検索の助成場が上限である。