

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	25歳以上	1,000円	
肺がん (喀痰) 検査	〃	30歳以上	1,500円	
子宮がん検査	〃	20歳以上	2,000円	
胃がん検査	〃	25歳以上	2,000円	
腹部超音波検査	〃	25歳以上	2,000円	
乳房検査	〃	30歳以上	①マンモグラフィ	2,500円
			②エコー	2,000円
			①②両方受診した場合	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歳さざみ)	1,000円	
PSA (前立腺特異抗原) 検査	組合員 及び 被扶養者	40歳以上	1,000円	
ヘリコバクター・ピロリ検査	〃	40歳以上	1,000円	

【検査助成金請求書】

検査助成金請求書

金 23,800 円也

検査項目	対象年齢	助成限度額	請求額	受診者数
骨密度検査	20歳以上の女性 (5歳刻み)	1,000円		
大腸がん検査	25歳以上	1,000円		
胃がん検査	25歳以上	2,000円		
腹部超音波検査	25歳以上	2,000円		
〇 肺がん検査	30歳以上	1,500円	4,500	2
〇 子宮がん検査	20歳以上	2,000円	6,000	3
〇 乳房検査 (マンモグラフィ)	30歳以上	2,500円	7,500	3
〇 乳房検査 (エコー)	30歳以上	2,000円	5,800	3
〇 PSA (前立腺) 検査	40歳以上	1,000円		
〇 ヘリコバクター・ピロリ検査	40歳以上	1,000円		

※費用内訳等については、別紙の請求書添付資料をご覧ください。

助成金送金先 (ご記入ください)

1 所属所口座一括送金 (下記欄にご記入ください)

2 組合員個人口座送金 (短期給付金等送金口座送金)

【一括送金の場合】

送金先機関名 ○○○銀行 ○○○支店

預金種目 口座番号 〇〇〇〇〇〇

口座名義人 〇〇〇〇市 〇〇〇〇〇〇〇〇

上記の項目について実施しましたかを記載してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

岐阜県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長 ○〇市 〇〇〇〇〇

※この請求書には、必ず「各種検査受診者一覧表」を添付してください。

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。

記名してください。

添付書類【各種検査受診者一覧表】

各種検査受診者一覧表											
実施検査項目	乳がん(エコー)検査	組合員証番号	受診者氏名	性別	年齢	検査費用	事業主負担額	自己負担額	請求額	受診機関名	受診年月日
乳がん検査	〇	234	〇〇〇	妻	60	3,850	0	3,850	2,000	△△△医院	RO.〇.20
		345	□□□	妻	36	4,400	0	4,400	2,000	×××クリニック	RO.〇.9
		456	×××	妻	28	1,800	0	1,800	1,800	〇〇〇診療所	RO.〇.22
3 人 5,800											

田の検査及び在住市町村が住民向けに実施しているがん検査は助成対象ではありません。項目ごとに「組合員」と「被扶養者」を別々に作成し、証番号順に記入してください。必ず領収書で確認してください。(領収書の添付は不要)

※この請求書には、必ず「各種検査受診者一覧表」を添付してください。領収書は自己負担額の範囲内で検査の助成額が上限です。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所属所長 ○〇市 〇〇〇〇〇

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。