

前立腺がん検診助成金請求書

所属所名			
検診を受けた組合員の氏名等		裏面（様式第2号）のとおり	
検診を受けた組合員数		人・・・裏面①	
検診費用の 負担額 (消費税抜き)	地方公共団体	円・・・裏面③(A)	
	組合員	円・・・裏面④(B)	
検診に要した費用（消費税抜き）		円 (A) + (B)	
消費税額		円・・・裏面⑤	
検診に要した費用の総合計（消費税込）		円・・・裏面⑥	
助成金請求額		円・・・裏面②	
【注】1人あたりの助成金限度額		1,000 円（消費税抜き）	
助成金振込先 (いずれかを○で囲む)	1 組合員の短期給付金 等振込口座	2 所属所口座	
<p>上記のとおり助成金を請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>新潟県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">職名</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>			
事務担当者		課	

〔請求時の注意点〕

- 1 検診日当日において**50歳以上**の男性組合員（任意継続組合員及び退職派遣職員を除く。）が対象となります。
- 2 人間ドックの基本料金に含まれるものや、保険診療により受けた検査については、助成対象外です。
- 3 組合員1人当たりの負担額が助成金限度額に満たないときは、当該負担額が助成金額となります。
- 4 様式第1号、第2号ともに必要事項を記入の上、所属所の共済事務担当者を経由して請求してください。
- 5 領収書の原本若しくは支払証明書（※）を添付してください。
（※）支払証明書を添付する場合、領収書原本は当該請求年度の間、保管してください。
- 6 年度単位で1回の検診に限り助成します。

共済組合受付印

事務処理欄	
電算入力日	
送金日	
助成金額	

課長	係長	係

前立腺がん検診請求者名簿

すべての項目について、もれなく記入してください。(太枠内は電算入力項目)

金額単位:円

No.	検診実施年月日	組員証記号番号	組員氏名	生年月日	助成金額	異常の有無	地方公共団体負担額 (消費税抜)	組員負担額 (消費税抜)	消費税額	合計
1	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
2	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
3	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
4	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
5	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
6	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
7	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
8	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
9	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
10	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
11	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
12	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
13	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
14	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
15	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
16	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
17	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
18	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
19	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
20	令和 年 月 日	—		昭和 年 月 日		有 1 無 2				
合計				①	人②	③	④	⑤	⑥	

受診者1人当たりの助成額について：消費税（消費税相当額）を除いた後の金額に100円未満の端数がある場合は、これを切り捨てた後の金額が助成額となります。

上記の検診結果については、「検診者数」「有所見者数」「有所見者率」を集計し、所属所での疾病予防に活用していただくための統計資料を作成することを目的として利用します。

新潟県市町村職員共済組合 福祉課 保健係
 TEL 025-285-5414 FAX 025-285-5400
 E-mail fukushi@kyousai-niigata.jp