

(保健事業様式第3号)

平成30年度 がん検診助成金請求書

助 成 金 円

(受検者氏名:)

(区分 本人、 被扶養者)・・・いずれかに印を付してください。

上記金額を検査機関の領収書の写しを添えて請求します。

平成 年 月 日

請 求 者

所 属 所 名

組 合 員 証
記 号 - 番 号

組 合 員 氏 名

印

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

(注) がん検診助成対象者は、組合員(人間ドック助成対象者を除く。)及び18歳以上75歳未満の被扶養者(人間ドック又は総合健診助成対象者を除く。)です。

なお、保険診療外検診(組合員証等不使用:10割負担)が、助成の対象となります。

また、各市町村等のがん検診との併用も可能ですが、あくまでも自己負担が発生した場合のみ請求可能です。

助成金の上限は、年間お一人5,000円までです。

< 共済組合使用欄 >

組合員	人間ドック	対象外
被扶養者	人間ドック	対象外
	総合健診	対象外