

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」を添付し、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。

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, 0 0 0円
肺がん（喀痰）検査	〃	3 0 歳 以 上		1, 5 0 0円
子 宮 が ん 検 査	〃	2 0 歳 以 上		2, 0 0 0円
胃 部 X 線 検 査	〃	2 5 歳 以 上		
腹 部 超 音 波 検 査	〃	2 5 歳 以 上		
乳 房 検 査	〃	3 0 歳 以 上	①マンモグラフィー	2, 5 0 0円
			②視触診、エコー	2, 0 0 0円
			①②両方受診した場合	2, 5 0 0円
骨 密 度 検 査	女性組合員及び女性被扶養者	2 0 歳以上（5歳さざみ）		1, 0 0 0円
P S A（前立腺特異抗原）検査	組合員及び被扶養者	4 0 歳 以 上		1, 0 0 0円

助成金請求書

金 18,000 円也

検査項目 (※該当項目に○をつけてください)	対象年齢 (年度末年齢)	助成限度額	助成金請求額 (円)	受給者	
				本人	家族
骨密度検査	20歳以上の女性 〔5歳以上〕	1,000円			
大腸がん検査	25歳以上	1,000円			
胃部X線検査	25歳以上	2,000円			
腹部超音波検査	25歳以上	2,000円			
肺がん検査	30歳以上	1,500円	4,500	2	1
子宮がん検査	20歳以上	2,000円	6,000	3	
乳房検査 〔マンモグラフィー〕	30歳以上	2,500円	7,500	3	
痔瘻検査 〔 anoscope 〕	30歳以上	2,000円			
PSA(前立腺癌)検査	40歳以上	1,000円			

※費用内訳等については、別添付。

助成金の区分 (必ずどちらかをつけてください)	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の場合)
【所属所口座一括送金の場合】		
受取金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店	
預金科目	遺贈 野暮司庫 1234567	
口座番号		
署名義人	〇〇市会 計 〇〇〇〇	
	〇〇市会 計 〇〇〇〇	

上記の項目について実施地区内で請求いたします。

平成〇〇年 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 〇〇市長 〇〇〇〇

※この請求書には、必ず各種検査受診者の写真を添付して下さい。

ごとに作成してください。

[illegible]

保一4