（様式第２号）

短期組合員等人間ドック利用助成金等請求書

助成金等決定額	※　　円

組合員等記号・番号	組合員氏名	所属所名
－		

利用者氏名		組合員との続柄	□ 本人 □ 被扶養者（　　）
利用者生年月日	年　月　日	利用時の年齢	歳
人間ドック実施機関名		利用年月日	年　月　日
利用区分に☑を記入してください	□１日（胃Ｘ線）　□１日（胃カメラ）　□２日通院（胃Ｘ線）　□２日通院（胃カメラ） □１泊２日（胃Ｘ線）　□１泊２日（胃カメラ）		

上記のとおり人間ドックを利用したので、助成金等を請求します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿

年　月　日

住所

請求者

氏名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

年　月　日

職名

所属所長

氏名

（注）１　この請求書には、実施機関が発行した利用者氏名、利用年月日、検査費用額等が明記された領収書を添付してください。

２　検査費用総額から助成金等を差し引いた金額が千円を下回る場合は、千円を一部負担金（自己負担金）とし、助成金額等を減額します。

３　様式第１号「質問票兼同意書」を実施機関に提出されていない方は、助成金等を受けることができません。

４　人間ドックで検査した項目は、がん検診等補助事業の対象となりません。

５　利用者が検査結果により特定保健指導の対象となった時は、必ず保健指導を受けることとします。ただし、人間ドック利用日から３か月以内に組合員資格を喪失する方は、特定保健指導の対象外とします。

６　※印欄は記入しないでください。