

様式第4号

金 額		円		
課 長	補 佐	主幹・係長	係	関係職員

家族等生活習慣病予防検診助成申請書

所 属 所 名		〇〇市			
検 査 項 目		乳 が ん 検 査	子宮がん検査(体がん)	子宮がん検査(頸がん)	
実 施 年 月 日		〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇年〇〇月〇〇日	
受 検 者 負 担 額		1,400 円	2,000 円	2,300 円	
申 請 金 額	組 合 員	受 検 者 数	2 人	1 人	1 人
		金 額 ①	(700 円 × 2 人) 1,400 円	(1,000 円 × 1 人) 1,000 円	(1,000 円 × 1 人) 1,000 円
	被 扶 養 者	受 検 者 数	人	1 人	1 人
		金 額 ②	(円 × 人) 円	(1,000 円 × 1 人) 1,000 円	(1,000 円 × 1 人) 1,000 円
	申請金額計(①+②)		1,400 円	2,000 円	2,000 円
検 査 項 目		胃 部 エ ッ ク ス 線 検 査	大 腸 が ん 検 査	肺 が ん 検 査 総 合 健 康 診 断 等	
実 施 年 月 日		〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇年〇〇月〇〇日	
受 検 者 負 担 額		1,300 円	1,600 円	1,500 円	
申 請 金 額	組 合 員	受 検 者 数	人	人	人
		金 額 ①	(円 × 人) 円	(円 × 人) 円	(円 × 人) 円
	被 扶 養 者	受 検 者 数	1 人	2 人	1 人
		金 額 ②	(1,000 円 × 1 人) 1,000 円	(800 円 × 2 人) 1,600 円	(1,000 円 × 1 人) 1,000 円
申請金額計(①+②)		1,000 円	1,600 円	1,000 円	
申請金額合計				9,000 円	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>静岡県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">職 名 〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">所属所長 氏 名 〇〇 〇〇</p>					

※ 人間ドック受診時の追加検査及び保険診療による検査は、助成対象外です。