

支出命令書
がん検診費用助成金(口座振替)請求書

様式1

(福利厚生共済制度)

命令	平成	年	月	日	部	長	課	長	係	長	担	当	者
本書のとおり支出されたい													
会長													
金 額													
施 設	(施設コード)				フリガナ								
	施設名				職員名		(職員コード)						
							(生年月日 年 月 日)				(年度末年齢 歳)		
					連絡先		()施設以外を希望の方						
検 診 の 種 類		1 乳がん検査			2 子宮頸がん検査			3 前立腺がん検査					
(該当するものに○印を付けてください)													
受 診 日		平成 年 月 日			検診補助利用								
					(該当するものに○印をつけてください)			1 自治体補助 2 社会保険補助(協会けんぽ等) 3 補助なし					
金 融 機 関 名		銀 行			本 店 支 店 出 張 所		口 座 番 号						
上 記 の と お り 請 求 し ま す 。													
										平成 年 月 日			
加 入 職 員 氏 名										印			

※記入上の注意

1. 金融機関名及び口座番号は、請求者名義の通帳を確認の上、記入してください。
2. 右記添付書類のほかに、助成金を振り込む口座の通帳の写し(金融機関、支店名、口座番号、名義人が記載されたもの)の添付をお願いします。
3. 太枠の中を記入してください。

※添付書類(下記のいずれかの書類の原本を請求書に添付してください)

1. 検診内容が記載されている領収書
(検診日、検診名、検診費用の明細が記載されているもの)
2. 領収書に検診内容が記載されていない場合は、領収書と「検査実施証明書」(様式2)