

(様式第 1 号)

生活習慣病予防検診助成金請求書及び結果報告書

| | | | | |
|----------------|---|---|-----|----|
| 請求金額 | 円 | 決定額 | ※ | 円 |
| 振込先 | <input type="checkbox"/> 所属所長 | <input type="checkbox"/> 福利厚生事業団体(互助会等) | | |
| 検診実施年月日 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | |
| 検診機関 | | | | |
| 請求金額内訳 | 円 × 名 = 円 | | | |
| 受検者数 | 組合員 | 被扶養者 | 合計 | |
| | 名 | 名 | 名 | |
| 検診結果 | 異常なし | 要指導 | 要治療 | 合計 |
| | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 検診項目 | イ 腎機能検査(尿素窒素、クレアチニン、尿酸) ロ 眼底検査 | | | |
| 医師又は健康管理指導者の証明 | 上記のとおり生活習慣病予防検診を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 職 名 医師・健康管理指導者 氏 名 (印) | | | |
| | 上記のとおり請求します。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 (印) | | | |

1. この請求書を提出するときは、検診機関が発行した請求書(写)を添付してください。
2. 検診は、共済組合が指定する検診項目以外は助成対象としません。
3. 振込口座を福利厚生事業団体に指定する場合は、助成金振込口座届書(様式第15号)を添付してください。
4. ※欄は、記入しないでください。