

支出命令書
平成30年度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																									
(記入しないでください)																									
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																			
検査名 <small>(該当検査に○)</small>	1 乳がん検査		2 子宮頸がん検査		3 前立腺がん検査		4 大腸がん検査																		
受診日	平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日																		
検診補助利用 <small>(該当に○)</small>	1 自治体補助利用		2 社会保険補助(協会けんぽ等)			3 補助なし																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">金 融 機 関 名</td> <td style="width: 30%;">銀 行</td> <td style="width: 10%;">本 店</td> <td style="width: 10%;">支 店</td> <td style="width: 10%;">口 座</td> <td style="width: 15%;">番 号</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>出 張 所</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												金 融 機 関 名	銀 行	本 店	支 店	口 座	番 号				出 張 所				
金 融 機 関 名	銀 行	本 店	支 店	口 座	番 号																				
		出 張 所																							
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)