

(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	令和 年 月 日 ~ 令和 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。 令和 年 月 日 職 名 医師・健康管理指導者 氏 名			
	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 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名			

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。