

○ 佐賀県市町村職員共済組合疾病予防検診の助成に関する規程

（平成22年2月24日）
（佐共規程第428号）

佐賀県市町村職員共済組合疾病予防検診の助成に関する規程(昭和49年佐共規程第131号)の全部を改正する。

改正 平成26年2月26日規程第458号 平成28年2月29日規程第472号

（目的）

第1条 この規程は、佐賀県市町村職員共済組合（以下「組合」という。）の組合員（任意継続組合員を除く。以下同じ。）及びその被扶養者の健康診査等に係る費用の助成に関する必要な事項を定め、もって疾病予防及び健康の保持を図ることを目的とする。

（検診）

第2条 この規程において検診とは、健康診査（以下「健診」という。）及びがん等の検診であり、次に掲げるものとする。

(1) 人間ドック 理事長が契約した医療機関及び健診機関（以下「人間ドック契約医療機関等」という。）において実施する総合健康診査

（平26規程第458・一部改正）

(2) 生活習慣病予防健診 所属所長が計画実施する労働安全衛生法に基づく定期健康診断項目に付加して実施する健診であって、組合が指定する健診項目（以下「付加健診項目」という。）による健診

(3) 胃がん検診 所属所長が計画実施する胃がん検診（以下「胃がん検診（集団）」という。）

（平26規程第458・一部改正）

(4) 子宮がん検診 所属所長が計画実施する子宮がん検診（以下「子宮がん検診（集団）」という。）又は理事長が契約した医療機関及び健診機関（以下「子宮がん検診契約医療機関等」という。）において受検する子宮がん検診（以下「子宮がん検診（個人）」という。）

（平26規程第458・一部改正）

(5) 乳がん検診 所属所長が計画実施する乳がん検診（以下「乳がん検診（集団）」という。）又は理事長が契約した医療機関及び健診機関（以下「乳がん検診契約医療機関等」という。）において受検する乳がん検診（以下「乳がん検診（個人）」という。）

（平26規程第458・一部改正）

（助成対象者及び助成金の額）

第3条 前条に規定する検診に係る助成対象者及び助成金の額は、次の各号に掲げる内容とする。ただし、各検診の同一年度内の助成は1回とし、人間ドック助成を受ける者については、生活習慣病予防健診助成、胃がん検診助成、子宮がん検診助成及び乳がん検診助成は行わない。この場合において、人間ドックの健診項目に子宮がん検診及び乳がん検診が含まれていないときは、当該検診に対し助成を行う。

（平26規程第458・一部改正）

(1) 人間ドック 受診年度の初日において30歳以上の組合員及び被扶養者を対象に、25,000円を助成

（平26規程第458・一部改正）

(2) 生活習慣病予防健診 組合員を対象に、付加健診項目費用相当額を助成。ただし、4,000円を上限とす

る。

- (3) 胃がん検診 受検年度の初日において30歳以上の組合員を対象に、1,500円を助成

(平26規程第458・一部改正)

- (4) 子宮がん検診

ア 子宮がん検診（集団）にあつては、受検年度の初日において20歳以上の組合員を対象に、1,500円を助成

イ 子宮がん検診（個人）にあつては、受検年度の初日において20歳以上の組合員及び被扶養者を対象に、1,500円を助成

(平26規程第458・一部改正)

- (5) 乳がん検診

ア 乳がん検診（集団）にあつては、受検年度の初日において30歳以上の組合員を対象に、2,000円を助成

イ 乳がん検診（個人）にあつては、受検年度の初日において30歳以上の組合員及び被扶養者を対象に、2,000円を助成

(平26規程第458・平28規程第472・一部改正)

(人間ドック助成の利用手続)

第4条 第2条第1号の人間ドックを受けようとする者（以下「受診者」という。）は、人間ドック契約医療機関等に健診の申込みをするとともに、所属所長に人間ドック助成申請書（様式第1号）を提出しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

2 所属所長は、前項の規定による申請書の提出があつたときは、助成対象資格等の確認後、人間ドック助成券（様式第2号）を交付しなければならない。

3 受診者は、交付を受けた人間ドック助成券を当該契約医療機関等に提出し、指示に従つて健診を受け、助成金の額を控除した健診料金を支払わなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

(生活習慣病予防健診助成の所属所長の請求手続)

第5条 所属所長は、第2条第2号の生活習慣病予防健診を計画し実施しようとする場合は、生活習慣病予防健診実施計画書（様式第3号）を理事長に提出しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

2 所属所長は、前項の生活習慣病予防健診終了後速やかに生活習慣病予防健診実施報告書（様式第4号）に生活習慣病予防健診助成金請求書（様式第5号）を添えて理事長に提出しなければならない。

(胃がん検診助成の所属所長の請求手続)

第6条 所属所長は、第2条第3号の胃がん検診（集団）を計実施したときは、速やかに胃がん検診実施報告書（様式第6号）に胃がん検診助成金請求書（様式第7号）を添えて理事長に提出しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

(子宮がん検診助成の所属所長の請求手続)

第7条 所属所長は、第2条第4号の子宮がん検診（集団）を実施したときは、速やかに子宮がん検診実施報告書（様式第8号）に子宮がん検診助成金請求書（様式第9号）を添えて理事長に提出しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

(子宮がん検診助成の利用手続)

第8条 第2条第4号の子宮がん検診（個人）を利用する者（以下この条において「受検者」という。）は、子宮がん検診契約医療機関等に検診の申込みをするとともに、所属所長に子宮がん検診助成申請書（様式第

10号)を提出しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

2 所属所長は、前項の規定による申請書の提出があったときは、助成対象資格等の確認後、子宮がん検診助成券(様式第11号)を交付しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

3 受検者は、交付を受けた子宮がん検診助成券を当該契約医療機関等に提出し、指示に従って検診を受け、助成金の額を控除した検診料金を支払わなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

(乳がん検診助成の所属所長の請求手続)

第9条 所属所長は、第2条第5号の乳がん検診(集団)を実施したときは、速やかに乳がん検診実施報告書(様式第12号)に乳がん検診助成金請求書(様式第13号)を添えて理事長に提出しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

(乳がん検診助成の利用手続)

第10条 第2条第5号の乳がん検診(個人)を利用する者(以下この条において「受検者」という。)は、乳がん検診契約医療機関等に検診の申込みをするとともに、所属所長に乳がん検診助成申請書(様式第14号)を提出しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

2 所属所長は、前項の規定による申請書の提出があったときは、助成対象資格等の確認後、乳がん検診助成券(様式第15号)を交付しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

3 受検者は、交付を受けた乳がん検診助成券を当該契約医療機関等に提出し、指示に従って検診を受け、助成金の額を控除した検診料金を支払わなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

(検診後の管理)

第11条 所属所長は、検診の結果治療又は注意等の必要がある者については、速やかに専門医の指示に従い、疾病の予防又は治療に努めるよう管理しなければならない。

(平26規程第458・一部改正)

(助成金の支払い及び交付)

第12条 助成金は、次の各号に掲げる区分により支払い又は交付するものとする。

(平26規程第458・一部改正)

(1) 人間ドック 理事長は、人間ドック契約医療機関等から提出された人間ドック助成券に基づく請求を確認のうえ、直接当該契約医療機関等に支払う。

(平26規程第458・一部改正)

(2) 生活習慣病予防健診 理事長は、第5条第2項の請求があったときは、内容を審査し、所属所長に助成金を交付する。

(3) 胃がん検診 理事長は、第6条の請求があったときは、内容を審査し、所属所長に助成金を交付する。

(平26規程第458・一部改正)

(4) 子宮がん検診 理事長は、第7条の請求があったときは、内容を審査し、所属所長に助成金を交付し、第8条第3項の手続後において、子宮がん検診契約医療機関等から提出された子宮がん検診助成券に基づく請求があったときは、内容を確認のうえ、直接当該契約医療機関等に支払う。

(平26規程第458・一部改正)

(5) 乳がん検診 理事長は、第9条の請求があったときは、内容を審査し、所属所長に助成金を交付し、第

10 条第 3 項の手続後において、乳がん検診契約医療機関等から提出された乳がん検診助成券に基づく請求があったときは、内容を確認のうえ、直接当該契約医療機関等に支払う。

（平 26 規程第 458 ・一部改正）

（この規程の実施に関し必要な事項）

第 13 条 この規程の実施に関し必要な事項は、理事長が別に定める。

（平 26 規程第 458 ・一部改正）

附 則

（施行期日等）

- 1 この規程は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 改正後の佐賀県市町村職員共済組合疾病予防検診の助成に関する規程は、平成 22 年 4 月 1 日の検診から適用し、同日前に受検し、施行日に引き続く検診については、なお従前の例による。

附 則（平成 26 年 2 月 26 日規程第 458 号抄）

- 1 この規程は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 改正後の佐賀県市町村職員共済組合疾病予防検診の助成に関する規程は、平成 26 年 4 月 1 日の検診から適用し、同日前に受検し、施行日に引き続く検診については、なお従前の例による。

附 則（平成 28 年 2 月 29 日規程第 472 号抄）

- 1 この規程は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 改正後の佐賀県市町村職員共済組合疾病予防検診の助成に関する規程は、平成 28 年 4 月 1 日の検診から適用し、同日前に受検し、施行日に引き続く検診については、なお従前の例による。

様式第1号（平22規程428・全部改正, 平26規程458・一部改正）

人 間 ド ッ ク 助 成 申 請 書

所 属 所 名				
組 合 員 証	記号		番号	
組 合 員 氏 名				
受 診 者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	年4月1日 現在の年齢	歳
	組合員との続柄	1 本 人		2 被扶養者
健 診 機 関 名				
健 診 年 月 日	自	年 月 日	至	年 月 日 日間
助 成 額	25,000円			
上記のとおり人間ドック受診のため、佐賀県市町村職員共済組合の 人間ドック助成の申請をします。 年 月 日 組合員氏名 ⑩				
* 交 付 年月日	年 月 日	* 交 付 番 号		

* 印は、記入しないでください。

<申込みの方法・注意事項>

- 1 人間ドック助成は、30歳以上(4月1日現在年齢)の組合員(任意継続組合員を除く。)と被扶養者が利用できます。
- 2 人間ドック助成は、共済組合が契約した健診機関の契約健診コースに限ります。
- 3 受診希望者は、各自で共済組合が契約した健診機関に予約をしてください。
- 4 予約後、この申請書に所定事項を記載、押印後、所属所の共済組合事務担当者に提出してください。

<所属所の共済組合事務担当者の承認事務>

- 1 申請書を受付けた時は、人間ドック助成対象資格及び記載事項に誤りや漏れがないか確認してください。
- 2 記載事項確認後、所属所において*印の交付年月日及び交付番号(通し番号)を記載して、「人間ドック助成券」を交付してください。
- 3 交付後の申請書は、所属所で保管管理してください。

様式第2号（平22規程428・全部改正, 平26規程458・一部改正）

人 間 ド ッ ク 助 成 券

所 属 所 名					
組 合 員 証		記号		番号	
組 合 員 氏 名					
受 診 者	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日	年4月1日 現在の年齢	歳	
	組合員との続柄	1 本人		2 被扶養者	
健 診 機 関 名					
健 診 年 月 日		自 年 月 日	至 年 月 日 日間		
助 成 額		25,000円			
発 行 機 関		〒840-0041 佐賀市城内一丁目5番14号 佐賀県市町村職員共済組合 印 TEL 0952-29-0331			
有 効 期 間		年 月 日～ 年 月 日			
交 付 年月日	年 月 日	交 付 番 号			

＜受診者への注意事項＞

- 1 受診のときは、本券と組合員証又は被扶養者証を健診機関の受付に必ず提出してください。
- 2 健診料金から、助成額を控除した額を健診機関に支払ってください。
- 3 健診年月日又は健診機関の変更をするときは、所属所の共済組合事務担当者に申し出てください。
- 4 受診できなくなったときは、速やかに予約先の健診機関へ連絡し、本券を所属所の共済組合事務担当者に必ず返還してください。
- 5 40歳以上の者は、「特定健診」及び「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業」用の結果データを共済組合が健診機関から直接受領することについてご了承ください。
- 6 健診結果から特定保健指導に該当する者については、共済組合が委託する特定保健指導実施機関に結果データを提供することについてご了承ください。

＜健診機関へのお願い事項＞

- 1 受診当日に、必ず本券と組合員証又は被扶養者証を確認してください。
- 2 本券持参者については、健診料金から25,000円の助成額を控除した額を徴収してください。
- 3 助成金は、請求書に本券を添えて佐賀県市町村職員共済組合に請求してください。

様式第2号（裏面）

共済組合が取得する健診結果データ

区分	内容	
特定健康診査	既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)	
	自覚症状及び他覚症状の検査	
	身体計測	身長
		体重
		腹囲
		BMI
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	血中脂質検査	中性脂肪
		HDL-コレステロール
		LDL-コレステロール
	肝機能検査	GOT
		GPT
		γ-GTP
	血糖検査	空腹時血糖
		ヘモグロビンA _{1c}
	尿検査	糖
		蛋白
	貧血検査	赤血球数
		血色素量
ヘマトクリット値		
	心電図検査	
	眼底検査	
佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業	血清クレアチニン	
	血清尿酸	
	尿潜血	

様式第3号（平22規程428・全部改正）

生活習慣病予防健診実施計画書

年 月 日

佐賀県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長名



生活習慣病予防健診を次のとおり実施しますので通知します。

記

健診実施計画年月日	年 月 日	日間
健診実施場所		
委託健診機関		
委託健診料金 (組合員1人当たり料金)	事業主健診部分 <small>(労働安全衛生規則第44条に基づく健診)</small>	円
	付加健診項目部分	円
	計	円
健診予定組合員数	人	

様式第4号（平22規程428・全部改正）

生活習慣病予防健診実施報告書

年 月 日

佐賀県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長名



生活習慣病予防健診を次のとおり実施しましたので報告します。

記

実施年月日	年 月 日			日間
実施場所				
実施健診機関				
受診組合員数	人	組合員1人当たり料金 (付加健診項目部分)	円	
実施した付加健診項目 (レを付けてください)	<input type="checkbox"/> ヘモグロビンA1C	<input type="checkbox"/> ヘマトクリット	<input type="checkbox"/> 尿素窒素	
	<input type="checkbox"/> クレアチニン	<input type="checkbox"/> 尿酸	<input type="checkbox"/> 白血球	
	<input type="checkbox"/> 血小板	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> 総蛋白	
	<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> ZTT	<input type="checkbox"/> A/G比	
	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> コリンエステラーゼ	<input type="checkbox"/> アルブミン	
	<input type="checkbox"/> アミラーゼ	<input type="checkbox"/> 尿潜血	<input type="checkbox"/> 便潜血（2日法）	
付加健診項目費用額				
受診者名簿	別紙			

(注) 実施健診機関からの請求書の写し・検査項目一覧表を添付してください。

様式第5号（平22規程428・全部改正）

生活習慣病予防健診助成金請求書

¥ _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日実施の生活習慣病予防健診 _____ 名分に
 対する助成金として

上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

佐賀県市町村職員共済組合理事長 _____ 様

所属所名

所属所長名

印

送 金 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協	本店（所） 支店（所）
	預金種別	普通預金 ・ 当座預金	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		

様式第6号（平22規程428・全部改正, 平26規程458・一部改正）

胃がん検診助成金請求書

¥ _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日実施の胃がん検診（集団） _____ 名分に
 対する助成金として

上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

佐賀県市町村職員共済組合理事長 _____ 様

所属所名

所属所長名



送 金 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店(所) 支店(所)
	預金種別	普通預金・当座預金	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

様式第7号（平22規程428・全部改正, 平26規程458・一部改正）

胃がん検診助成金請求書

¥ _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日実施の胃がん検診（集団） _____ 名分に
 対する助成金として

上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

佐賀県市町村職員共済組合理事長 _____ 様

所属所名

所属所長名

印

送 金 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店(所) 支店(所)
	預金種別	普通預金・当座預金	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

様式第8号（平22規程428・全部改正, 平26規程458・一部改正）

子宮がん検診実施報告書

年 月 日

佐賀県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長名 印

子宮がん検診(集団)を次のとおり実施したので、その結果を報告します。

記

- 1 実施年月日 年 月 日
- 2 検診機関名
- 3 1人当たり費用の額 _____ 円 負担内訳 所属所 _____ 円
組合員 _____ 円
- 4 実施人員 _____ 名
- 5 受検者 別紙

子宮がん検診受検者名簿

所属所名 _____

組合員証 番号	氏 名	年齢	組合員証 番号	氏 名	年齢

様式第9号（平22規程428・全部改正, 平26規程458・一部改正）

子宮がん検診助成金請求書

¥ _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日実施の子宮がん検診(集団) _____ 名分に
 対する助成金として

上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

佐賀県市町村職員共済組合理事長 _____ 様

所属所名

所属所長名



送 金 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店(所) 支店(所)
	預金種別	普通預金・当座預金	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

様式第10号（平26規程458・一部改正）

子宮がん検診助成申請書

所 属 所 名					
組 合 員 証		記号		番号	
組 合 員 氏 名					
受 検 者	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日	年4月1日 現在の年齢	歳	
	組合員との続柄	1 本 人		2 被扶養者	
検 診 機 関 名					
検 診 年 月 日		年 月 日			
助 成 額		1,500円			
上記のとおり子宮がん検診受検のため、佐賀県市町村職員共済組合の 子宮がん検診助成の申請をします。 年 月 日 組合員氏名 ⑩					
* 交 付 年月日	年 月 日		* 交付番号		

*印は、記入しないでください。

＜申込みの方法・注意事項＞

- 1 子宮がん検診助成は、20歳以上(4月1日現在年齢)の組合員(任意継続組合員を除く。)と被扶養者が利用できます。
- 2 子宮がん検診助成は、共済組合が契約した検診機関での子宮がん検診に限り利用できます。
- 3 受検希望者は、各自で共済組合が契約した検診機関に予約をしてください。
- 4 予約後、この申請書に所定事項を記載、押印後、所属所の共済組合事務担当者に提出してください。

＜所属所の共済組合事務担当者の承認事務＞

- 1 申請書を受付けた時は、子宮がん検診助成対象資格、検診機関の確認及び記載事項に誤りや漏れがないか確認してください。
- 2 記載事項確認後、所属所において*印の交付年月日及び交付番号(通し番号)を記載して、「子宮がん検診助成券」を交付してください。
- 3 交付後の申請書は、所属所で保管管理してください。

様式第 11 号（平 26 規程 458・一部改正）

子宮がん検診助成券

所 属 所 名				
組 合 員 証	記号		番 号	
組 合 員 氏 名				
受 検 者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	年4月1日 現在の年齢	歳
	組合員との続柄	1 本 人	2 被扶養者	
検 診 機 関 名				
検 診 年 月 日		年 月 日		
助 成 額		1,500円		
発 行 機 関		〒840-0041 佐賀市城内一丁目5番14号 佐賀県市町村職員共済組合 印 TEL 0952-29-0331		
交 付 年月日	年 月 日	交 付 番 号		

＜受検者への注意事項＞

- 1 受検のときは、本券と組合員証又は被扶養者証を検診機関の受付に必ず提出してください。
- 2 検診料金から、助成額を控除した額を検診機関に支払ってください。
- 3 検診年月日又は検診機関の変更をするときは、所属所の共済組合事務担当者に申し出てください。
- 4 受検できなくなったときは、速やかに予約先の検診機関へ連絡し、本券を所属所の共済組合事務担当者に必ず返還してください。

＜検診機関へのお願い事項＞

- 1 受検当日に、必ず本券と組合員証又は被扶養者証を確認してください。
- 2 本券持参者については、子宮がんの検診料金 から1,500円の助成額を控除した額を徴収してください。
- 3 助成金は、請求書に本券を添えて佐賀県市町村職員共済組合に請求してください。

様式第 12 号（平 26 規程 458・一部改正）

乳 がん 検 診 実 施 報 告 書

年 月 日

佐賀県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長名 印

乳がん検診(集団)を次のとおり実施したので、その結果を報告します。

記

- 1 実 施 年 月 日 年 月 日
- 2 検 診 機 関 名
- 3 1人当たり費用の額 _____ 円 負担内訳 所属所 _____ 円
組合員 _____ 円
- 4 実 施 人 員 _____ 名
- 5 受 検 者 別 紙

乳 がん 検 診 受 検 者 名 簿

所属所名 _____

組合員証 番 号	氏 名	年 齢	組合員証 番 号	氏 名	年 齢

様式第 13 号（平 26 規程 458・一部改正）

乳 が ん 検 診 助 成 金 請 求 書

¥ _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日実施の乳がん検診(集団) _____ 名分に
対する助成金として

上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

佐賀県市町村職員共済組合理事長 _____ 様

所 属 所 名

所 属 所 長 名



送 金 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協		本店(所) 支店(所)
	預 金 種 別	普通預金・当座預金	口 座 番 号	
	フリガナ			
	口 座 名 義			

様式第14号（平26規程第458・平28規程第472・一部改正）

乳 がん 検 診 助 成 申 請 書

所 属 所 名				
組 合 員 証		記号		番号
組 合 員 氏 名				
受 検 者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	年4月1日 現在の年齢	歳
	組合員との続柄	1 本 人	2 被扶養者	
検 診 機 関 名				
検 診 年 月 日		年 月 日		
助 成 額		2,000円		
上記のとおり乳がん検診受検のため、佐賀県市町村職員共済組合の 乳がん検診助成の申請をします。 年 月 日 組合員氏名 ㊟				
* 交 付 年月日	年 月 日		* 交付番号	

* 印は、記入しないでください。

＜申込みの方法・注意事項＞

- 1 乳がん検診助成は、30歳以上（4月1日現在年齢）の組合員（任意継続組合員を除く。）と被扶養者が利用できます。
- 2 乳がん検診助成は、共済組合が契約した検診機関での乳がん検診に限り利用できません。
- 3 乳がん検診助成はマンモグラフィ（乳房X線検査）または乳房超音波検査を実施する場合に助成します。
- 4 受検希望者は、各自で共済組合が契約した検診機関に予約をしてください。
- 5 予約後、この申請書に所定事項を記載、押印後、所属所の共済組合事務担当者に提出してください。

＜所属所の共済組合事務担当者の承認事務＞

- 1 申請書を受付けた時は、乳がん検診助成対象資格、検診機関の確認及び記載事項に誤りや漏れがないか確認してください。
- 2 記載事項確認後、所属所において*印の交付年月日及び交付番号（通し番号）を記載して、「乳がん検診助成券」を交付してください。
- 3 交付後の申請書は、所属所で保管管理してください。

様式第 15 号（平 26 規程 458・一部改正）

乳 が ん 検 診 助 成 券

所 属 所 名				
組 合 員 証		記号		番号
組 合 員 氏 名				
受 検 者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	年4月1日 現在の年齢	歳
	組合員との続柄	1 本 人		2 被扶養者
検 診 機 関 名				
検 診 年 月 日		年 月 日		
助 成 額		2,000円		
発 行 機 関		〒840-0041 佐賀市城内一丁目5番14号 佐賀県市町村職員共済組合 印 TEL 0952-29-0331		
交 付 年月日	年 月 日	交付番号		

＜受検者への注意事項＞

- 1 受検のときは、本券と組合員証又は被扶養者証を検診機関の受付に必ず提出してください。
- 2 検診料金から、助成額を控除した額を検診機関に支払ってください。
- 3 検診年月日又は検診機関の変更をするときは、所属所の共済組合事務担当者に申し出てください。
- 4 受検できなくなったときは、速やかに予約先の検診機関へ連絡し、本券を所属所の共済組合事務担当者に必ず返還してください。

＜検診機関へのお願い事項＞

- 1 受検当日に、必ず本券と組合員証又は被扶養者証を確認してください。
- 2 本券持参者については、乳がんの検診料金から2,000円の助成額を控除した額を徴収してください。
- 3 助成金は、請求書に本券を添えて佐賀県市町村職員共済組合に請求してください。