

定期健診付加検査助成金交付申請書

実施年月日	令和 年 月 日 (曜日)	受診者総数 ①		人	
	令和 年 月 日 (曜日)	非組合員数 ②		人	
実施場所		人間ドック受診者数 ③		人	
		(①-②-③) = ④		人	
実施検査機関		助成対象	40歳未満	人	
		組合員数	40歳以上	人	
実施した指定検査項目 (□にレを付けてください)		検査単価 (外税)	助成対象組合員数④		助成金額 検査単価×④
尿・腎機能	☐ 尿潜血	255円	人	人	円
	☐ クレアチニン (C R T N)	115円			
	☐ e G F R		人	人	円
脂質	☐ 総コレステロール (T - c h o)	175円	人	人	円
代謝系	☐ 尿酸 (U A)	115円	人	人	円
	☐ H b A 1 c (H b A 1 c)	495円	人	人	円
血液一般	☐ 白血球 (W B C)	115円	人	人	円
	☐ ヘマトクリット (H t)	115円	人	人	円
肝機能	☐ アルカリホスファターゼ (A L P)	115円	人	人	円
	☐ 総蛋白 (T - B i L)	115円	人	人	円
	☐ 総ビリルビン (A L P)	115円	人	人	円
	☐ アルブミン	115円	人	人	円
	☐ L D H	115円	人	人	円
	☐ アミラーゼ (A M Y)	115円	人	人	円
その他	☐ 眼底検査 40歳以上	655円		人	円
助成金額合計 A					円
指定検査項目を全て付加し、		眼底検査を除く	2,075円	人	円
助成対象組合員が全員受診した場合		眼底検査を含む	2,730円	人	円
助成金額合計 B					円
申請助成金額			円		
助成金額合計 (AまたはB) ×消費税10% (円未満切捨て)					
当所属所の組合員を対象に「定期健康診断 (共済組合指定検査項目を含む。)」を実施しましたので助成金の交付を申請します。					
令和 年 月 日					
福井県市町村職員共済組合理事長 様					
所属所長 印					
☐ 実施検査機関の口座への直接送金を希望 (希望する場合は□にチェックをいれる)					
※ 所属所の指定口座への送金を希望する場合は送金先の欄を記入してください。					
送金先	金融機関名	銀 行	支店名	支 店	
		()			
	預金種別	普通預金 ・ 当座預金	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				

- 【添付書類】 1 受診者名簿 (組合員証記号番号順) ※眼底検査を受診した40歳以上の者がわかるようにしたもの
2 検査項目のわかるもの (委託契約書の写、検査結果表の検査項目欄など)
3 実施検査機関からの請求書の写 (検査機関へ直接送金の場合は原本)

定期健診付加検査助成金交付申請書

実施年月日	令和 〇 年 8 月 1日 (月 曜日)	から	受診者総数 ①	728 人	
	令和 〇 年 9 月 1日 (金 曜日)		非組合員数 ②	6 人	
実施場所	〇〇市方内		人間ドック受診者数 ③	11 人	
		(①-②-③) = ④	711 人		
実施検査機関	〇〇病院	助成対象	40歳未満	308 人	
		組合員数	40歳以上	403 人	
実施した指定検査項目 (□にレを付けてください)		検査単価 (外税)	助成対象組合員数④		助成金額
			40歳未満	40歳以上	検査単価×④
尿・腎機能	☒ 尿潜血	255円	297 人	403 人	178,500 円
	☒ クレアチニン (CRTN)	115円	308 人	403 人	円
	☒ eGFR				
脂質	☒ 総コレステロール (T-c h o)	175円	” 人	” 人	円
代謝系	☒ 尿酸 (U A)	115円	” 人	” 人	円
	☒ HbA1c (HbA1c)	495円	” 人	” 人	1,294,020 円
血液一般	☒ 白血球 (W B C)	115円	” 人	” 人	円
	☒ ヘマトクリット (H t)	115円	” 人	” 人	円
肝機能	☒ アルカリホスファターゼ (A L P)	115円	” 人	” 人	円
	☒ 総蛋白 (T - B i L)	115円	” 人	” 人	円
	☒ 総ビリルビン (A L P)	115円	” 人	” 人	円
	☒ アルブミン	115円	” 人	” 人	円
	☒ L D H	115円	” 人	” 人	円
	☒ アミラーゼ (A M Y)	115円	” 人	” 人	円
その他	☒ 眼底検査 40歳以上	655円		398 人	260,690 円
助成金額合計 A					1,733,210 円
指定検査項目を全て付加し、		眼底検査を除く	2,075円	人	円
助成対象組合員が全員受診した場合		眼底検査を含む	2,730円	人	円
助成金額合計 B					円
申請助成金額			1,906,531 円		
助成金額合計 (AまたはB) ×消費税10% (円未満切捨て)					
当所属所の組合員を対象に「定期健康診断 (共済組合指定検査項目を含む)」を実施しましたので助成金の交付を申請します。					
令和 〇 年 〇 月 〇 日					
福井県市町村職員共済組合理事長 様					
所属所長 〇〇〇〇 印					
☐ 実施検査機関の口座への直接送金を希望 (希望する場合は□にチェックをいれる)					
※ 所属所の指定口座への送金を希望する場合は送金先の欄を記入してください。					
送金先	金融機関名	〇 〇 (信用)	支店名	〇 〇 〇 支 店	
	預金種別	普通預金 当座預金	口座番号	2 6 0 1 0 0 7	
	フリガナ	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
	口座名義	〇 〇 〇 〇 〇 〇			

【添付書類】1 受診者名簿 (組合員証記号番号順) ※眼底検査を受診した40歳以上の者がわかるようにしたもの
2 検査項目のわかるもの (委託契約書の写、検査結果表の検査項目欄など)
3 実施検査機関からの請求書の写 (検査機関へ直接送金の場合は原本)

定期健診付加検査助成金交付申請書

実施年月日		令和 年 月 日 (曜日)		受診者総数 ①		728 人		
		令和 年 月 日 (曜日)		非組合員数 ②		6 人		
実施場所				人間ドック受診者数 ③		11 人		
				(①-②-③) = ④		711 人		
実施検査機関				助成対象組合員数		40歳未満 308 人		
						40歳以上 403 人		
実施した指定検査項目 (□にレを付けてください)				検査単価 (外税)	助成対象組合員数④		助成金額 検査単価×④	
尿・腎機能				□尿潜血	255円	297人	403人	178,500円
				□クレアチニン (CRTN)	115円			
				□eGFR				
脂質				□総コレステロール (Tcho)	175円	308人	403人	124,425円
代謝系				□尿酸 (UA)	115円	308人	403人	81,765円
				□HbA1c (HbA1c)	495円	308人	403人	351,945円
血液一般				□白血球 (WBC)	115円	308人	403人	81,765円
				□ヘマトクリット (Ht)	115円	308人	403人	81,765円
肝機能				□アルカリホスファターゼ (ALP)	115円	308人	403人	81,765円
				□総蛋白 (TBiL)	115円	308人	403人	81,765円
				□総ビリルビン (ALP)	115円	308人	403人	81,765円
				□アルブミン	115円	308人	403人	81,765円
				□LDH	115円	308人	403人	81,765円
				□アミラーゼ (AMY)	115円	308人	403人	81,765円
その他				□眼底検査 40歳以上	655円		398人	260,690円
助成金額合計 A								1,733,210円
指定検査項目を全て付加し、 助成対象組合員が全員受診した場合				眼底検査を除く	2,075円		人	円
				眼底検査を含む	2,730円		人	円
助成金額合計 B								円
申請助成金額						1,906,531		
助成金額合計 (AまたはB) ×消費税10% (円未満切捨て)								
当所属所の組合員を対象に「定期健康診断 (共済組合指定検査項目を含む)」を実施しましたので助成金の交付を申請します。 令和 年 月 日 福井県市町村職員共済組合理事長 様 所属所長 印								
□ 実施検査機関の口座への直接送金を希望 (希望する場合は□にチェックをいれる)								
※ 所属所の指定口座への送金を希望する場合は送金先の欄を記入してください。								
送金先	金融機関名	銀行 ()		支店名	支 店			
	預金種別	普通預金 ・ 当座預金		口座番号				
	フリガナ							
	口座名義							

【添付書類】 1 受診者名簿 (組合員証記号番号順) ※眼底検査を受診した40歳以上の者がわかるようにしたもの
2 検査項目のわかるもの (委託契約書の写、検査結果表の検査項目欄など)