

(様式第1号の2)

ガン検診助成金請求書(個人用)

所属所名			
所属所番号		組合員番号	
組合員名前			
受診者名前	検診項目 受診した項目に✓をしてください	検診単価 (市町等の公費除く)	助成金額
	<input type="checkbox"/> 大腸ガン(便潜血)		
	<input type="checkbox"/> 胃ガン(X線撮影)		
	<input type="checkbox"/> 胃ガン(胃カメラ)		
	<input type="checkbox"/> 子宮ガン		
	<input type="checkbox"/> 乳ガン		
	小計		
	<input type="checkbox"/> 大腸ガン(便潜血)		
	<input type="checkbox"/> 胃ガン(X線撮影)		
	<input type="checkbox"/> 胃ガン(胃カメラ)		
	<input type="checkbox"/> 子宮ガン		
	<input type="checkbox"/> 乳ガン		
	小計		
合計			
上記のとおり受診しましたので請求します。			
広島県市町村職員共済組合理事長 様			
年 月 日			
組合員名前			

(この申込書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)