

(様式第1号の2)

ガン検診助成金請求書(個人用)

所属所名	〇〇市		
所属所番号	△ △ △ △	組合員番号	△ △ △ △
組合員名前	共済 太郎		
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
共済 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 大腸ガン(便潜血)	2,000	
	<input checked="" type="checkbox"/> 胃ガン(X線撮影)	2,500	
	<input type="checkbox"/> 胃ガン(胃カメラ)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮ガン	2,000	
	<input checked="" type="checkbox"/> 乳ガン	2,000	
	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 共済 太郎			

(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。)