

様式第2号

受検者名簿 (胃ガン・大腸ガン・子宮ガン・乳ガン)

所属所名 ○ ○ 市

組合員 番号	受検者名簿	被扶養者	組合員 番号	受検者名簿	被扶養者
123	共済 太郎				
124	広島 一郎				
125	太田川 次郎				
125	太田川 花子	○			
126	瀬戸内 咲子				

上記の者が △△△△年△△月△△日に受検したことを証明します。

医療機関 住 所 ○○市△△町
 名 称 ○○病院
 代 表 者 院長 ○○ ○○

(注) 被扶養者欄は、受検者が組合員の被扶養者である場合に○印をしてください。