

様式第3号 (第3関係)

人間ドック・脳ドック検診
 婦人ガン検診・胃集団検診
 肺ガン検診・眼底検査
 便潜血反応検査・歯科健康診査
 総合ガン検査

助成金交付申請書

所属所名	(所属所コード)		検診の種類	
検診人員	人		検診機関名	
※組合員証 番号			※組合員 氏名	
※受診者 氏名		※生年月日 性別・続柄	昭 平 年 月 日	男・女 組合員との続柄 (歳) []
検診日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		承認番号	第 号
検診料金 (消費税込)	単価	円 ×	人 合計	円
<p>上記のとおり検診を受けたので、助成金の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>  </p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>				

- 1 この申請書は、検診の種類ごとに作成してください。
- 2 婦人ガン検診・胃集団検診・肺ガン検診・眼底検査・便潜血反応検査・歯科健康診査は、
 受診報告書を添付してください。(個人検診は除く。)
- 3 集団検診の場合は、申請者を所属所長としてください。
- 4 ※印欄は、人間ドック・脳ドック・総合ガン検査及び個人の検診申請に限り記入してください。
 年齢は、年度内に達する年齢(年度末年齢)を記入してください。