

別紙様式第3号

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	
※受診者名		※生年月日 性別・続柄	大 年 月 日 男・女組合員 昭 (歳)との続柄
検診日	平成 年 月 日から 平成 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>平成 年 月 日</p> <p>長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>所属所 受付印</p> <p>申請者氏名</p>			

承認決定欄					
所属所コード	支払月日	科目	金額		
	月 日		円		
上記のとおり決定してよろしいか。	課長	課長補佐	係長	係	担当者

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。