

がん検診助成金請求書

いずれかに○をつけて下さい

No. _____

下記によりがん (胃・大腸・子宮・乳) 検診にかかる助成金を請求します。

			所属所名	〇〇市	
組合員証 記号番号	組合員氏名	配偶者氏名	受検年月日	自己負担 金額	実施主体 (住民検診・その他)
999-9999	共 済 太 郎		R.〇.〇.〇	1,000	〇〇市 住民検診
合 計	(A) 1 件	(B) 件	((A)+(B)) 1 件	1,000	

上記のとおり相違ないものと認めます。

令和 〇年 〇月 〇日

所属所長 〇〇〇市長 埼玉 一郎

埼玉県市町村職員共済組合理事長 様

伺	課	主	主	係	照			
	長	幹	査		合			

- (注) 1. 配偶者にかかる助成金の請求については、組合員氏名及び配偶者氏名とも記入願います。
2. この請求書は、検診の種目別に作成して下さい (該当検診名を○で囲むこと。)