

福祉課長	課長補佐	厚生係長	主任	決 済 伺

婦人科 子宮ガン 乳ガン 検診助成金交付申請書

様式コード	組合員区分	組合員等記号番号			組 合 員 氏 名			所属機関名	
保4320	1 一般 2 任継	—			フリガナ				
					生年月日		年		月
給 付 種 別		※種別コード	※件数	請 求 金 額			※決 定 額		
厚生費	子宮ガン検診助成金	52	※ 件	円			※ 円		
	乳ガン検診助成金	81	※ 件	円			※ 円		
検 診 年 月 日			検 診 者 氏 名			続 柄	備 考		
子宮ガン検診日		年	月	日	フリガナ				
乳ガン検診日		年	月	日	生年月日		年		月
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>千葉県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 申請者 氏 名</p>									
組合受付印		再受付印		<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>職 名 所属所長 氏 名</p>					

- この申請書を提出するときは、検査医療機関の領収書(写)を添えてください。
- ※印欄は記入しないでください。