

福祉課長	課長補佐	厚生係長	主 任	決 済 伺

大腸内視鏡検査助成金交付申請書

組合員区分		組 合 員 等 記 号 番 号				組 合 員 氏 名					所 属 機 関 名		
1 一般 2 任継		—				フリガナ							
						生年 月日	昭和 平成	年	月	日			
給 付 種 別		※種別コード		※件数		請 求 金 額					※ 決 定 額		
厚 生 費	大 腸 内 視 鏡 検 査	6 0		※ 件		円					※ 円		
検 査 年 月 日				受 検 者 氏 名			続 柄		生 年 月 日				
大腸内視鏡検査 実 施 日		令和	年	月	日	フリガナ			昭和 平成	年	月	日	
上記のとおり申請します。													
千葉県市町村職員共済組合理事長 様													
令和 年 月 日													
住 所 申請者 氏 名													
組合受付印		再受付印		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。									
				令和 年 月 日									
				職 名 所属所長 氏 名									

- 1 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。
- 2 ※印欄は記入しないでください。