

(様式第 9 号)

大腸がん検診助成金請求書及び結果報告書

請求金額	円	決定額	円
振込先	<input type="checkbox"/> 所属所長	<input type="checkbox"/> 福利厚生事業団体(互助会等)	
検診実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
検診機関			
請求金額内訳	円 ×	名 =	円
受検者数	組合員	被扶養者	合計
	名	名	名
検診結果	異常なし	要精検	合計
	名	名	名
医師又は健康管理指導者の証明	上記のとおり大腸がん検診(便潜血反応)を実施したことを証明します。 令和 年 月 日 職名 医師・健康管理指導者 氏名		
上記のとおり請求します。 石川県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名			

1. この請求書を提出するときは、検診機関が発行した請求書(写)を添付してください。
2. 振込口座を福利厚生事業団体に指定する場合は、助成金振込口座届書(様式第15号)を添付してください。
3. ※欄は、記入しないでください。