

様式第4号

金額		円		
課長	補佐	主幹・係長	係	関係職員

## 家族等生活習慣病予防検診助成申請書

所 属 所 名				
検 査 項 目		乳 が ん 検 査	子宮がん検査(体がん)	子宮がん検査(頸がん)
実 施 年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
受 検 者 負 担 額		円	円	円
申 請 金 額	組 合 員	受 検 者 数	人	人
		金 額 ①	( 円 × 人 ) 円	( 円 × 人 ) 円
	被 扶 養 者	受 検 者 数	人	人
		金 額 ②	( 円 × 人 ) 円	( 円 × 人 ) 円
	申請金額計(①+②)		円	円
検 査 項 目		胃 部 エ ッ ク ス 線 検 査	大 腸 が ん 検 査	肺 が ん 検 査 等 総 合 健 康 診 断
実 施 年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
受 検 者 負 担 額		円	円	円
申 請 金 額	組 合 員	受 検 者 数	人	人
		金 額 ①	( 円 × 人 ) 円	( 円 × 人 ) 円
	被 扶 養 者	受 検 者 数	人	人
		金 額 ②	( 円 × 人 ) 円	( 円 × 人 ) 円
	申請金額計(①+②)		円	円
申請金額合計				円
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">静岡県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名</p>				

※ 人間ドック受診時の追加検査及び保険診療による検査は、助成対象外です。