

(様式第 7 号)

子宮がん・乳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		
検診実施年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
検診機関					
請求金額内訳	子宮	円 × 名 =	円		
	乳・甲	視・触診法	円 × 名 =	円	
		マンモグラフィ法	円 × 名 =	円	
		超音波	円 × 名 =	円	
受検者数	組 合 員		被扶養者	合 計	
	子宮	名	名	名	
	乳・甲	名	名	名	
検診結果	異常なし	要注意	要精検	判定不能	合 計
	子宮	名	名	名	名
	乳・甲	名	名	名	名
医師又は健康管理指導者の証明	上記のとおり子宮がん・乳(甲状腺)がん検診を実施したことを証明します。 平成 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。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名					
印					

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. 欄は、記入しないでください。