

(様式第 8 号)

肺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	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日			
検診機関						
請求金額内訳	喀痰細胞診	円 ×	名 =	円		
	肺CT	円 ×	名 =	円		
受検者数		組合員	被扶養者	合計		
	喀痰	名	名	名		
	肺CT	名	名	名		
検診結果		異常なし	要注意	要精検	判定不能	合計
	喀痰	名	名	名	名	名
	肺CT	名	名	名	名	名
医師又は健康管理指導者の証明	上記のとおり肺がん検診(喀痰細胞診・肺CT)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 (印)					
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. 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。