

(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	
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 ⑩					
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 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。