

(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
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	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。 平成 年 月 日 職 名 医師・健康管理指導者 氏 名 ⑧			
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 ⑧				

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。